

Dag Karterud

Den etiske akten

**Den caritative etikken når pasientens
fordringer er av eksistensiell art**

Dag Karterud

Født 1957

Forfatteren er utdannet sykepleier og diakon fra Det Norske Diakonhjem i Oslo og har embetseksamen i sykepleievitenskap fra Universitet i Oslo 1990. Karterud har praksis fra rus-, og rehabiliteringsfeltet, eldre-, epilepsi- og kriminalomsorg og har siden 1989 arbeidet som lærer i sykepleierutdanning.

Han er nå høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo.

E-post: Dag.Karterud@su.hio.no

Pärm : Tove Ahlbäck

Åbo Akademis förlag

Biskopsgatan 13, FIN-20500 ÅBO, Finland

Tel. int. +358-2-215 3292

Fax int. +358-2-215 4490

E-post: forlaget@abo.fi

<http://www.abo.fi/stiftelsen/forlag/>

Distribution: Oy Tibo-Trading Ab

PB 33, FIN-21601 PARGAS, Finland

Tel. int. +358-2-454 9200

Fax int. +358-2-454 9220

E-post: tibo@tibo.net

<http://www.tibo.net>

Den etiske akten

Den caritative etikken når pasientens
fordringer er av eksistensiell art

Dag Karterud

ÅBO 2006

ÅBO AKADEMIS FÖRLAG – ÅBO AKADEMI UNIVERSITY PRESS

CIP Cataloguing in Publication

Karterud, Dag

Den etiske akten : den caritative etikken når
pasientens fordringer er av eksistensiell art /
Dag Karterud. – Åbo : Åbo Akademis förlag,
2006.

Diss.: Åbo Akademi. – Summary.
ISBN 951-765-340-9

ISBN 951-765-340-9
ISBN 951-765-341-7 (digital)
Oy Fram Ab
Vasa 2006

Abstrakt

Dag Karterud

Den etiske akten

Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art.

Veiledere

Professor Unni Å. Lindström

Dosent Lisbet Lindholm

Nøkkelord: eksistensiell lidelse, ansvar, mot, offer, caritativ etikk

Studiens hensikt er å utvikle en teorimodell om sentrale begrep og fenomen innen den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art. Det stilles to forskningsspørsmål som søkes besvart gjennom studien: (A) Hvilke etiske realiteter representerer begrepene mot, ansvar og offer innen den caritative etikken, når pasientens fordringer er av eksistensiell art. (B) Hvilke fenomen av etisk karakter aktualiseres i sykepleien når pasientens fordringer er av eksistensiell art?

Studien tar utgangspunkt i utvalgt teori som diskuterer begrepene mot, ansvar og offers betydning for studiens tema og forskningsspørsmål. Dette representerer studiens teoretiske materiale og anvendes for å besvare studiens forskningsspørsmål A. Studiens empirisk utgangspunkt, søker å gi svar på forskningsspørsmål B. I tillegg søker studien å utvikle synteser og en teorimodell om den caritative etikken, når pasientens fordringer er av eksistensiell art.

Løgstrups bidrag og beskrivelse av den etiske fordring anvendes for å gi drøftingen tilgang til de forbindelseslinjene mellom substansen i den caritative etikken og anvendelse av dette grunnlag inn i en konkret virkelighet.

Dette er en studie i vårdvitenskapens disiplin. Sykepleien bidrar til studiens empiriske datamateriale og speiler studiens tematikk, ved at spørsmål knyttet til applikasjonen av den caritative etikken diskuteres i lys av sykepleieomsorgens ulike utfordringer i en konkret yrkeshverdag. Studien tar utgangspunkt i følgende grunnantakelse: *"Vårdgemenskap utgör vårdandets meningssammanhang och har sitt ursprung i kärlekens, ansvarets och offrandets ethos d.v.s. en caritativ etikk"* (Eriksson 2001). Studien søker å utforske innebyrden av dette utsagnet gjennom det teoretiske og empiriske materiale i lys av det vårdvitenskapelige perspektivet, som her i særlig grad knyttes til menneskebilde og den ontologiske helsemodellen.

Studien har en overordnet hermeneutisk tilnærming og søker gjennom en fortolkende metodologi å utforske studiens tematikk. Gjennom hermeneutisk observasjon og hermeneutisk samtale søkes etter en felles forståelse om omsorgens utfordringer i møte med eksistensiell tematikk. Dette utgjør studiens empiriske datamateriale. Undersøkelsen fant sted på en post på et sykehus som behandlet pasienter med alvorlig kreftsykdom. Drøftingen skjer så trinnsvis, først den caritative etikkens vilkår i møte med pasientens eksistensielle fordringer, i lys av studiens empiriske del og begrepene mot, offer og ansvar. Så formuleres teser om den caritative etikken i lys av det vårdvitenskapelige grunnlaget. På denne bakgrunn utvikles en teorimodell. Studiens formulerer følgende teser om sentrale begrep og fenomen som er fremmede for den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art: Frihet er en forutsetning og kjennetegn ved den caritative etikken. Frihet er omsorgens grunnkategori. Ivaretagelsen av pasientens eksistensielle fordringer, sikres gjennom menneskelige fellesskap, som skapes av ansvarlige personer som har mot og utvist offer. Mot og offer blir dermed en del av omsorgsfellesskapets kollektive etos som også innebærer omsorg for eksistensiell lidelse på helsens tre nivåer, fordi pasienten er bekreftet som menneske, som enheten kropp, sjel og ånd.

Abstract

Dag Karterud

The Ethical Act – Caring Ethics when Patients' Demands are Existential

Advisors

Professor Unni Å. Lindström
Docent Lisbet Lindholm

Key-words: Existential suffering, responsibility, courage, sacrifice, caritative ethic

The purpose of this thesis is to develop a theory model about some core concepts and phenomena within caritative ethics when patients' demands are existential. There are two research questions, (A) Which realities represent concepts such courage, responsibility, and sacrifice within the caritative ethics. (B) Which phenomena of ethical significance are made current and applicable when patients' demands are existential.

This study takes as its point of departure certain chosen theoretical perspectives that discuss some perspectives of the concepts of courage, responsibility, and sacrifice in terms of their significance to the research questions A. This represents the study's theoretical data. The empirical data provide answers to the research question B. In the end, the thesis discusses synthesis of these two accesses of knowledge in order to formulate theses and create a theory model.

Løgstrup's contribution and description of the ethical claim helps in understanding and interpreting the links between the substance of the caritative ethic and the concrete reality in the encounter with existential issues.

This thesis is a study within the field of Caring Science. The nursing profession provides empirical data and reflects the study topic, by addressing issues of relevance to the application of the knowledge of Caring Science in light of the nursing profession's various daily challenges. This study proceeds from the basic assumption: "*Caring relationships form the meaningful context for caring and derive from the ethos of love, responsibility, and sacrifice, i.e. a caritative ethics*" (Eriksson 2001). This study attempts to explore and prove this statement in the light of theoretical and empirical data, in the light of the caring scientific perspective which is here linked particularly to the view of man as a unity of body, mind, and soul, and to the ontological health model.

Hermeneutics is the overall perspective for the interpretations proposed in this thesis. Through conversation and hermeneutic observations, I try to understand the challenges of nursing performance in the encounter with existential issues. This constitutes the empirical data that was gathered on a ward treating cancer patients. The discussion proceeds sequence by sequence, first by discussing the conditions of the caritative ethics when meeting the existential claims in the light of the concepts of courage, sacrifice, and responsibility. Then a thesis is formulated concerning the caritative ethics in the light of Caring Science. This is the foundation of the creation of the theory model. The resulting theses concern the chosen concepts and phenomena which promote caritative ethics when patients' claims are existential:

Freedom is the hallmark of caritative ethics. Freedom is the basic category of caring. When attending to the patient's existential claims, it is of vital importance to secure human relationships as caring interpersonal communions, created by responsible persons who have shown courage and sacrifice. Courage and sacrifice constitute the ethos of caring communities (communions). Courage and sacrifice are then a part of the collective ethos of caring communities, because the patient is confirmed as the unity of body, mind, and soul.

Forord

Det er tid for ettertanke og takksigelser. Hvor det hele begynte, er vanskelig å si. Kanskje veien fram til en doktorgrad i vårdvitenskap kan spores helt tilbake til egen oppvekst på sykehjemmet far bestyrte og til gamle mennesker mor pleiet som jeg ennå kan huske ansiktene på. Ønsket om selv å gjøre noe for andre, fikk jeg nok inn med morsmelken.

Spørsmål knyttet til hva som er den beste hjelpekunst, er ikke så lett å besvare. Grunnutdanningen i sykepleie fikk jeg ved Diakonhjemmet i Oslo. Ikke minst ble denne tiden en vekker for livets paradokser. Denne avhandlingen har gitt meg anledning til å finne innsikter og nye forståelser om livets mangfoldigheter.

Derfor takk til dem som trodde jeg kunne gå denne veien jeg nå har fullført. Noen har oppfordret meg direkte, andre har gått foran som gode eksempler. Ikke minst har kollega professor Dagfinn Nåden betydd mye. Samarbeidet som eksterne konsulenter knyttet til prosjektkullet ved Kristiansand sykepleierhøgskole, var en viktig tid. Her fikk vi prøvd ut tanker og ideer om betydningen av å fokusere sentrale verdier i et bachelorprogram i sykepleie. Takk derfor til Frank som prosjektleder og rektor Kin Nicolaisen som engasjerte meg i dette arbeidet.

Høgskolen i Oslo la forholdene til rette for en sterkere satsing på FOU innen sykepleieutdanningene fra begynnelsen på 90-tallet. Derfor skal Avdeling for sykepleierutdanning ved Høgskolen i Oslo ved daværende dekan Gerd Melsæter, ha takk for oppmuntringer og at jeg ble tildelt stipend for å kunne arbeide med spørsmål som har vært viktige for meg gjennom mange år. Takk til kollegaer ved høgskolen som uformelt og i seminarer har kommentert prosjektet og kommet med kritiske merknader og oppmuntringer underveis.

Jeg har gjennom flere år vært knyttet til doktorgradsprogrammet ved institusjonen for vårdvitenskap ved Åbo Akademi. Fra jeg fra første gang møtte institusjonen og deres ansatte, har jeg vært fascinert av imøtekommenheten og et smittende engasjement. Derfor vil jeg uttrykke en særlig takk til institusjonens leder professor Katie Eriksson, fordi jeg fikk det privilegium å være student ved institusjonen. Det er mange mennesker og mye ved institusjonen som bidrar til institusjonens gode læringsmiljø. Takk også til medstudentene som underveis har bidratt til det. Takk til opponentene ved midt- og sluttseminarene.

En særlig takk til mine veiledere professor Unni Å. Lindström og dosent Lisbet Lindholm. Jeg har lært mye om læreprosesser og sårbarhet. Følelser som utilstrekkelighet eller manglende tro på å lykkes har aldri blitt "stimulert" i våre veiledningssamtaler, selv om jeg i veiledning ble gjort oppmerksom på det som måtte forbedres. Kunsten å veilede handler om å balansere ivaretagelse og kunne utfordre. For, et avhandlingsarbeid handler mye om en selv. Det finnes vitenskapelige årsaker til at dette faktum ikke bør bli påtrengende og omfattende beskrevet i en vitenskapelig avhandling. Ikke desto mindre skjer det en parallell personlig oppdragende og dannende prosess. Mine veilederes måte å forholde seg har gitt et varig inntrykk av hva god veiledningskunst innebærer. Dermed har det vært trygt å kaste seg utpå dette vågestykke fordi andre har hatt troen på at det ville gå bra og ikke gitt uttrykk for det motsatte. Jeg har fått hjelp i rette tid og nådd fram.

Takk også til kollegaer ved Høgskolen i Oslo, særlig Dagfinn, Ruth og Elisabeth som har lest manus og kommet med verdifulle kommentarer. Samtalene med Elisabeth har gitt meg nyttige

påminnelser om hvordan sikre studiens relevans og har bidratt til å holde fokus og bakkekontakt.

Åbo Akademi oppnevnte professor Kim Lützén og førsteamanuensis Eva Gjengedal til forgranskere. En spesiell takk til dere fordi dere bidro til i å gjøre avhandlingen bedre. God hjelp har jeg også fått gjennom språkvask. Gro Roksand har lest hele manus, mens Hilary Jacobsen og Per Tangerud har hjulpet meg med det som skulle formuleres på engelsk.

Studien har en viktig empirisk del. Fordi navn ikke kan nevnes, vil jeg bare si takk til institusjonen som gav meg tillatelse til å være ved en av deres poster. Og i tillegg vil jeg særlig takke avdelingen, avdelingens ledelse og ansatte for en positiv og sporty innstilling og fordi dere delte erfaringer og tanker. En spesiell takk til dere som ble studiens informanter.

En viktig del av studentlivet består likevel av mange uformelle samtaler med andre studenter; Vi har vært en norsk koloni gjennom årene, som har holdt til på lasarettet på det gamle kaserneområdet i Vasa, og tilbrakt mange timer i diskusjon om temaer som vi har vært opptatte av. Takk til Brita, Synnøve, Berit, Ida og etter hvert Ruth, Berit og Elisabeth. Jeg har fått hjelp til å klargjøre egne tanker mange ganger. Vi har vært glade for Kenraali og vertskapet der som har bidratt til et hjemlig miljø under oppholdene i Vasa.

Hjemme har Hilde, Heidi, Mariann og Øystein fått telefoner hjem og hørt historier om reisene til Vasa, men sikkert ikke visst hva alt dette har betydd. Uansett er jeg glad for tilhørigheten hjemme og at jeg har kunnet vende tilbake til etter turene til Finland; Takk for interesse og støtte gjennom mange år. Takk også til min bror Rune, som har vært uunnværlig som datakyndig hjelper og rådgiver. Ikke minst er figurenes tilblivelse hans fortjeneste. Takk til Paulfred som redigerte figur 5.

Takk også til Åbo Akademi ved rektor som finansierte en stor del av min lønn våren -06 ved å tildele meg stipend. Takk for all støtte ellers og ikke minst fordi jeg har fått være en del av den nordiske kontingenten ved Åbo Akademi, Institusjonen for vårdvitenskap i Vasa.

Til minne om mor og far, som viste veg...

Oslo, i oktober 2006



Dag Karterud

1	INNLEDNING	1
1.1	Vårdvitenskapens kunnskapsobjekt	3
1.2	Den caritative etikken og sykepleie	6
1.3	Studiens tematikk i et vårdvitenskapelig perspektiv	11
2	FORSKNINGSOVERSIKT	13
2.1	Databasert søk med hensyn til studiens sentrale tematikk	13
2.2	Manuelt søk med hensyn til studiens etiske kjernebegrep: mot, offer og ansvar.....	18
3	STUDIENS HENSIKT, SPØRSMÅL OG DESIGN	25
4	AVHANDLINGENS ONTOLOGISKE OG EPISTEMOLOGISKE FORUTSETNINGER	27
4.1	Menneskebildet og helsebildet	27
4.2	Studiens epistemologiske utgangspunkt.....	30
4.2.1	Hermeneutisk tolkning – metodologiske refleksjoner og studiens metodiske gjennomføring.....	37
4.3	Forskningens etiske hensyn (1).....	41
5	DEN ETISKE FORDRING	43
6	TEORETISK DEL.....	65
6.1	Motet til å møte den eksistensielle fordring.....	67
6.1.1	Motet og den eksistensielle fordring	67
6.1.2	Motets relevans for etikken – det eksistensielle nærvær	69
6.2	Offer – et etisk kjernebegrep	76
6.2.1	Offer som gave.....	80
6.2.2	Offer som forsoning.....	81
6.2.3	Offer som oppofring/oppofrelse.....	85
6.3	Ansvar – et etisk kjernebegrep	87

6.4	Refleksjoner over etikkens vilkår i møtet med pasientens eksistensielle fordringer – i lys av studiens teoretisk del.....	90
6.4.1	Dehumaniseringens mulighet og dynamikk.....	90
6.4.2	Etikkens mulighet (1) – å velge sin skjebne.....	93
6.4.3	Etikkens mulighet (2) – å se den andre som en ser seg selv.....	96
6.4.4	Antakelser om den caritative etikken i møtet med pasientens eksistensielle fordringer – i lys av studiens teoretiske del, den etiske fordring og vårdvitenskapelige forutsetninger	103
7	EMPIRISK DEL	107
7.1	Forskningsetiske hensyn (2).....	107
7.2	Sykepleie som studiens kontekst.....	110
7.3	Hermeneutisk observasjon.....	114
7.3.1	Datamateriale	117
7.3.2	Metodiske overveielser – hvordan studien ble gjennomført	118
7.3.3	Tolkning av datamateriale fra hermeneutisk observasjon – steg 1 og 2	120
7.4	Hermeneutisk samtale	127
7.4.1	Datamateriale	128
7.4.2	Metodiske overveielser – hvordan studien ble gjennomført	129
7.4.3	Tolkning av materiale fra de hermeneutiske samtalene – steg 1 og 2	133
7.4.4	Tolkning av det empiriske datamaterialet i lys av de etiske fordringer – steg 3	158
8	ETIKKENS VILKÅR I MØTET MED PASIENTENS EKSISTENSIELLE FORDRINGER – I LYS AV STUDIENS EMPIRISKE DEL OG DE ETISKE KJERNEBEGREPENE MOT, OFFER OG ANSVAR	165
9	ANTAKELSER OM DEN CARITATIVE ETIKKEN I LYS AV DET VÅRDVITENSKAPELIGE GRUNNLAGET	173
9.1	Den caritative etikkens kjennetegn (1): Menneskets frihet.....	179
9.2	Den caritative etikkens kjennetegn (2): En vårdande kultur holder oppe en etisk praksis	182
9.3	Den etiske akten – teorimodell og sluttelser	184
10	KRITISK GRANSKNING	191
10.1	Betydning for sykepleien	194

SUMMARY 197

LITTERATUR 207

OVERSIKT OVER FIGURER OG TABELLER I TEKSTEN

Figur 1: Studiens design 26

Figur 2: Menneskebilde og ontologisk helsemodell 28

Figur 3: Sammenhengen mellom et åndelig innhold i livet og moral i relasjon til skyld og eksistensiell tvil 93

Figur 4: Sammenhengen mellom mot, offer og ansvar 170

Tabell 1: Sammenstilling av resultat fra teoretisk del og empirisk del 173

Figur 5: Teorimodell om sentrale begrep og fenomen som er fremmede for den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art 188

OVERSIKT OVER VEDLEGG

Vedlegg 1: Observasjonsguide

Vedlegg 2: Temaguide for intervju (samtale)

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til pasient og fomular for informert samtykke

Vedlegg 4: Informasjonsskriv til sykepleier og fomular for informert samtykke

Vedlegg 5: Tillatelse fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK)

Vedlegg 6: Tillatelse fra Datatilsynet vedr. opprettelse av dataregister (NSD)

Vedlegg 7: Tillatelse fra sykehus vedr. gjennomføring av undersøkelse

Vedlegg 8: Hermeneutisk observasjon – steg 1

Vedlegg 9: Hermeneutisk observasjon – steg 2

Vedlegg 10: Samtale – steg 1

Vedlegg 11: Samtale – steg 2

Vedlegg 12: Hermeneutisk observasjon og samtale – steg 3

1 Innledning

Ivaretagelse av menneskers verdighet utfordres på en spesiell måte i møte med de eksistensielle spørsmål. Å lindre en slik lidelse, er å gi en hånd til et menneske i sin dypeste ensomhet. Det er fordi slike spørsmål er av grunnleggende menneskelig karakter som involverer ”...*det frie menneske, som kan kjempe eller velge ikke å kjempe, som er fritt og sterkt i kraft av sin subjektivitet, sine følelser, i form av sin innforståthet med angsten, tomheten og det absurde*” (Nyeng 2003, 294). Det genuint menneskelige, som å bli respektert eller krenket, settes på spill i møte med pasienter som utfordres av eksistensielle spørsmål. Til daglig kan eksistensielle spørsmål synes fraværende i pasientomsorgen. Fenomen og begrep som kan hjelpe til for å forstå hva som fremmer den beste omsorg i slike situasjoner, er i fokus for denne studien.

Vårdvitenskapen¹² studerer menneskets grunnvilkår når det blir pasient i relasjon til omsorg og lidelse. Den caritative etikken³ utgjør det etiske fundament for vårdvitenskapen. Det etiske grunnlaget som ligger i den caritative etikken skal i det følgende redegjøres for. Den inneholder substans som ivaretar menneskets verdighet. Det betyr at det har et etisk potensial og betydning for den virkeligheten pasienten erfarer (Eriksson & Lindström 2003).

Men det er en utfordring knyttet til en verdibasert praksis. På hvilke måter skal handlinger være uttrykk for og ivareta slike verdier? Hva er ”...*det verksamma i vårdandet? Vad är det som lindrar lidande, befrämjar liv och hälsa?*” (ibid, 11). For å sikre slike verdier, behøves en tolkningsnøkkel som kan oversette verdigrunnlaget i den caritative etikken til beste for pasienten, slik at pasientens lidelse kan lindres. Hvilke begrep og fenomen som kan bevirke til realisering av den caritative etikken i pasientens virkelighet, er denne studiens fokus. Dette innebærer å forstå, kunne gjenkjenne eller se hvordan den caritative etikken gestaltes i situasjoner når pasientens fordringer er av eksistensiell art. Dette utløses gjennom en etisk fordring som kommer til uttrykk fra pasientens side og som må mottas av den som hjelper. Begrep og fenomen av etisk karakter må oppfattes og inngå som en del av hjelpernes

¹ ..slik den er utviklet som vitenskapelig disiplin ved Åbo Akademi, Finland.

² Vårdvitenskap er en fornorskning av det svenske ordet vårdvetenskap.

³ Med den caritative etikken menes nestekjærlighet og barmhjertighet grunnet i caritasmotivet, slik det er redegjort for hos Eriksson 1990, 1995. Den caritative etikken redegjøres for i kp 1.2.

personlige verdigrunnlag. Dette blir et bidrag til å forstå hva det er som utløser hjelpen til pasienten.

Følgende er en redegjørelse for avhandlingens oppbygning og hvordan resultatfremstillingen skjer:

Studiens kapittel 1 avklarer sentrale begrep. Forskningsoversikten (kapittel 2) er todelt. Det er redegjort for søk og det som fremkom i relasjon til eksistensiell lidelse. I studiens forløp har ulike kilder blir tilgjengelige og kalles her ”manuelt søk”. Det gjenspeiler aktuell litteratur om ulike dimensjoner som på ulike måter berører studiens tema. Oversikten over det elektroniske søk på databaser synliggjorde lite som direkte diskuterer studiens problemstilling.

Videre formuleres studiens hensikt, forskningspørsmål og design i kapittel 3. Kapittel 4 redegjør for studiens kunnskapssyn (epistemologi) forankret i hermeneutikken. Samtidig gis noen overordnede metodologiske implikasjoner for dette kunnskapssynet og kort metodiske hensyn som er tatt.

Studiens kapittel 5 diskutere den etiske fordring i lys av Løgstrup. Studien begrunner den etiske fordrings plass i studien. Her skal kort nevnes den etiske fordrings betydning for hva som bidrar til å forløse den caritative etikkens grunnlag i møte med pasients eksistensielle lidelse.

Det første forskningsspørsmålet besvares gjennom studiens teoretiske del. Det andre spørsmålet besvares gjennom studiens empiriske del. Kapittel 8 og 9 drøfter tolkningsforslag der ulike elementer i studien trekkes med: I kapittel 8 diskuteres den caritative etikkens vilkår i møte med pasientens eksistensielle fordringer i lys av det som er brakt fram gjennom utvalgte tekster i del 1 teoretisk del (teoretisk materiale) og ved hjelp av det empiriske datamateriale (del 2 empirisk del). I kapittel 9 bringes dette videre og diskuteres i lys av det vårdvitenskapelige grunnlaget. Det beskrives her en teorimodell og slutteser som et svar på studiens problemstilling.

Avhandlingens resultat diskuteres på ulike nivå og i ulike kapitler: Resultat beskrives ikke punktvis, men gjennom forløpende diskusjon i relasjon til studiens teoretiske materiale i kapittel 6.1 (mot), 6.2 (offer) og 6.3 (ansvar). Videre diskuteres resultat i form av antagelser om sammenhenger mellom ovenstående etiske begrep, den etiske fordring og

vårdvitenskapelige forutsetninger i kapittel 6.4.4. I den empiriske delen diskuteres resultat som tolkning av datamateriale fra hermeneutisk observasjon og samtalene. Her deles resultatfremstillingen henholdsvis i kapittel 7.3.3 og 7.4.3 forhold til steg 1-2 (jf. Kvaales tolkningskontekster) og i et nytt kapittel (7.4.4) der tolkningskontekst 3 belyser resultatene i den empiriske delen i lys av den etiske fordring. I kapittel 8 sammenveves det teoretiske og empiriske bidrag til en drøfting av etikkens vilkår der pasienten møter eksistensielle fordringer. Her fremstilles resultat i form av en delmodell av mot, offer og ansvar (figur 4). Kapittel 9 formulerer studiens sluttelser og teorimodell.

1.1 Vårdvitenskapens kunnskapsobjekt

Den caritative etikken har som vårdvitenskapens etiske grunnlag, stor innflytelse på hvordan fremme liv og helse. Erfaring tilsier likevel betydningen av å vite mer om hvordan dette grunnlaget kan komme til anvendelse. Derfor er det et etisk perspektiv på hva som er helsefremmende, fordi det er en nær forbindelseslinje mellom helse og hvordan lindre lidelse. Å lindre lidelse er derfor et etisk anliggende.

Vårdvitenskapens studerer og utforsker kunnskap om vårdandet⁴ og lidelse, forstått på ontologisk nivå, men også i sin kliniske applikasjon. Begrepet '*den virkelige virkeligheten*' (kunnskapsobjekt 1) (Eriksson & Lindström 2003) viser til en virkelighet pasienten erfarer, som ikke bare er konkret og erfaringsbasert i betydningen observerbar og sanset. Det er sammenhenger mellom det konkrete og det abstrakte nivå som blant annet kommer fram i relasjon til helsebegrepet og menneskebildet. I den virkelige virkeligheten, finnes den teoretiske substansen som spor eller chiffer. Mange grensesituasjoner pasienten opplever i livet er eksempler på dette, men som kan være vanskelig å uttrykke.

"Han (Jaspers) säger att i vår strävan att klarlägga existensen stöter vi på gåtfulla gränssituationer så som lidande, skuld, kamp och död, vilka vi misslyckas med att helt förstå och detta misslyckande banar vägen för transcendensens motsatta rörelse som visar sig i form av chiffer. ...[...]. Den verkliga verkligheten

⁴ Det nærmeste norske begrepet som dekker vårdandet, anses å være omsorg (caring på engelsk). Derfor benyttes omsorg i stor grad gjennomgående i avhandlingen. Det ville vært en tilsvarende parallell til vårdvitenskap, tilsvarende omsorgsvitenskap på norsk (Caring Science på engelsk).

öppnar sig sålunda för människan genom tecken, symboler och chiffer och symboler utgör mötesplatsen där det enskilda och allmänna kan mötas” (Eriksson & Lindström 2003, 9).

Fenomen som meningsløshet, krenkelse, opphør av eksistens, trussel om utslettelse osv., er i sin karakter ikke-fysiske. Derfor ”... inrymmer den verkliga verkligheten de metafysiske frågorna, dvs. en strävan att förklara och förstå den värld som går utöver erfarenhetskunskapen” (ibid, 9 – note 21).

Det empiriske aspekt (kunnskapsobjekt 2) (Eriksson & Lindström 2003), kjennetegnes av sporadiske erfaringer og observasjoner, som kan få en overfladisk karakter om den underliggende tematikken ikke blir tatt på alvor. En empiri kan bli triviell og tom for å bli håndterbar og ikke ta høyde for den kompleksitet den reelt representerer (ibid, 10). Denne studiens empiriske del søker å synliggjøre de metafysiske spørsmålene som kan være tilstede i sykepleiernes hverdagsspråk og handlinger.

Vårdvitenskapen utvikler sentrale begrep som beskriver fenomener i den virkelige virkeligheten, og som kan hjelpe oss til å utforske den og ”...penetrera de kategorier som blir nödvändiga redskap vid utforskandet av vårdverkligheten” (Eriksson 1992, 105). Det innebærer fenomen som ligger i grenselandet mellom det som kan observeres gjennom sansning, og det som like mye er en del av menneskets liv, men knyttet til eksistensielle metafysiske spørsmål, fordi det har betydning for lindring av (pasientens) lidelse.

Vårdvitenskapens forskningsprogram tar utgangspunkt i de ontologiske grunnantakelser⁵. Disse er forankret innen et humanvitenskapelig perspektiv og utvikler sin metodologi innen dette perspektivet og har ut ifra sin forskningsinteresse hermeneutikken som en overordnet metodologisk design.

Vårdandets dypeste mening er ”att i kärlek lindra lidandet” (Eriksson & Lindström 2003, 14). Vårdvitenskapens anliggende er altså å virkeliggjøre eller konkretisere kjærligheten til menneske som lider. Det en spenning mellom kjærligheten som abstrakt begrep og anskueliggjørelse - som kjærlighetsytringer menneske oppfatter, når det er i behov av omsorg.

⁵ Disse inngår i forankringen av studiens ontologi og epistemologi, se kap 4.

Dette dilemma mellom kjærlighetens ide (som omsorgens grunnleggende verdi) og dens ytringer, kan beskrives slik:

"...endast en kärleksfull intresserad uppmärksamhet kan utveckla en tillräckligt intensiv energi för att omfatta och hålla kvar varats konkreta mångfold, utan att utarma eller schematisera det" (Bachtin 1991, 253, her Eriksson & Lindström 2003, 15).

Den caritative etikkenes relevans og praktiske nytte kan en se gjennom overføringsmuligheter til praksis, eksempelvis innen sykepleien; *"Det är genom utforskandet av vårdandets inre värld som vi kan finna svar på frågan: Vad är det verksamma i vårdandet? Vad är det som lindrar lidande, befrämjar liv och hälsa?"* (Eriksson & Lindström 2003, 11)

Omsorgens dypeste mål er å lindre lidelse. Vårdvitenskapens grunnkategori er derfor lidelse. Omsorgens grunnmotiv er kjærlighets- og barmhjertighetstanken (jf. Eriksson & Lindström 2000, 6). Vårdvitenskapen utvikler kunnskap om omsorg:

"De ontologiske frågorna, dvs. vad-frågorna om den vårdande verklighetens innersta väsen, träder i förgrunden vid kunskapssökandet. Vårdvetenskapen skall söka sanningen om det vårdande och bära ansvar för att denna sanning tillägnas människan. Sanningssökandet har sin grund i siktet, i vår oppfatning om vad den vårdvetenskapliga kunskapens bärande idé är" (Eriksson & Lindström 2000, 5-6).

Studien søker en sammenknytning av omsorgens *hva* til omsorgens *hvordan* som en applikasjon av den caritative etikken. I denne sammenhengen er en spesielt opptatt av hva applikasjonen forutsetter når pasienten utfordres av eksistensielle spørsmål. Studiens interesse er derfor å redegjøre for sentrale forhold som påvirker virkeliggjørelsen av den caritative etikken. Den caritative etikken har innflytelse på pasientens bekymringer i møte med sykdom og lidelse, om hjelpen skal kjennetegnes av barmhjertighet og nestekjærlighet. Ut ifra dette, er studiens interesse formulert som følger:

Den etiske akten⁶ - Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art.

1.2 Den caritative etikken og sykepleie

Vårdvitenskapens er forankret i caritasmotivet. Dette kapitlet vil redegjøre for dette grunnlaget og for den caritative etikkens relasjon til sykepleie. Studiens kontekst er sykepleie, fordi den empiriske delen i studien henter datagrunnlaget fra sykepleiens⁷ yrkesfelt. Denne tilknytningen er viktig av to grunner. For det første utgjør vårdvitenskapelig kunnskap en betydningsfull del av sykepleiens verdigrunnlag og perspektiv på omsorg. For det andre vil innsikt i sykepleiens yrkesvirkelighet, ha stor betydning for hvordan applikasjon av vårdvitenskapelig substanskunnskap kan skje og oppfattes å være relevant, ikke bare på individnivå, men for samfunnsmessige prioriteringer. Derfor er spørsmål knyttet til vårdvitenskapelig substanskunnskap og dens relevans for sykepleien viktig, fordi samfunnet har interesser i sykepleiens bidrag til helseomsorg.

Sykepleiens utfordringer har vekket mitt engasjement for etiske spørsmål. Etikken søker å fremme kunnskapen om det mangfoldet som har betydning for vår forståelse og evne til å handle etisk. Et variert erfaringsgrunnlag, bidrar til å skape vår virkelighetsoppfatning. Denne oppfatningen betinger igjen våre verdivalg, normer og idealer (Aadland 1998). Sannferdig innsikt i livets mange nyanser, er derfor viktig for etisk dannelse, fordi slik innsikt bidrar til å klargjøre verdipreferanser, utfordre våre forestillinger, holdninger og dermed grunnlaget for valgene vi gjør. På den andre siden påvirker denne evne til refleksjon over egne verdipreferanser egen virkelighetsforståelse. På samme måte settes vårdvitenskapelig kunnskap i relieff ved at den utfordres gjennom sin applikasjon. Endring av grunnleggende etiske preferanser forutsetter at holdninger blir utfordret. Slike prosesser styrker vårdvitenskapens evidens.

⁶ Begrepet 'den etiske akten', viser til akt, som i et teaterstykke. Akt er en del av et stort hele. Helheten i denne sammenhengen, er alt av betydning for den caritative etikken, mens denne studien tar utgangspunkt i etikkens utfordringer når disse er av eksistensiell art.

⁷ Studien gjør ingen vitenskapsteoretisk argumentasjon og begrunnelse for sykepleievitenskapen. Sykepleie beskrives som fag og yrke, for å synliggjøre forskerens forforståelse om sykepleie og fordi sykepleie er studiens empiriske kontekst.

Etablert praksis⁸ kan formidle gode verdier, men behøver ikke gjøre det. Det er også mange eksempler på at en i etterkant søker legitimitet for gjeldende praksis. Etablering av tradisjoner, skapes kontinuerlig, men er ifølge Gadamer, langsomme prosesser som ikke lett endres. Tradisjon er en kilde til innsikt i samfunnets og individers verdier og en og har derfor (jf. Gadamer 1989, 281) en premissgivende betydning for oppfatningen av rett og galt – godt og ondt.

Sykepleieres praksis er deres egne erfaringer om egen yrkesvirkelighet og virkelighetsforståelse. Ut ifra foregående avsnitt er det derfor utfordrende å kritisere praksis, fordi den lett identifiseres med personers praksis, fordi personer er bærere av tradisjoner. Dette er en viktig begrunnelse for den empiriske delen av denne studien; Den skal bidra til å opplyse og gi en utdypende forståelse av avhandlingens tema om hva som sikrer etikken fra utøverens perspektiv.

Etikken konstituerer relasjonen, ved at den setter ”farge og tone” på den, gjennom hvordan de konkrete anliggender situasjonen inviterer til blir ivaretatt. Annen kunnskap om kroppen, om psykiske og sosiale forhold, er forutsetninger for at pasienten skal kunne bli hjulpet. Sakskunnskap om konkrete hjelpebehov har derfor også etiske implikasjoner, fordi slik faktakunnskap er en forutsetning for å kunne forstå hvilke behov pasienten har og kunne være til hjelp. Om en mangler slik kunnskap eller ikke anvender den, kan det gi negative, endog fatale konsekvenser. Denne studien fokuserer hva som bidrar til at relevant kunnskap kommer til anvendelse.

Det er også en sammenheng mellom kunnskap og evne til medfølelse. Kunnskap innebærer innsikt om et saksforhold. Denne innsikten skaper medfølelse, som er en forutsetning for omsorg. Kunnskap har derfor en moralsk komponent (Martinsen 1989), fordi den vekker oppmerksomhet og sensitivitet om menneskelige behov. Dermed fremmes motivasjonen til å være konkret i møte med pasientens hjelpebehov.

⁸ Praksisbegrepet kan sammenholdes med begrepet ”tradisjon”: En tradisjon viser til en praksis som er blitt gjentatt mange ganger, av mange gode grunner. Gadamer skriver: “...we call tradition, the ground of their validity. And in fact it is to romanticism that we owe this correction of the Enlightenment ..[...]...and in large measure determines our institutions and attitudes. What makes classical ethics superior to modern moral philosophy is that it grounds the transition from ethics to ”politics,” the art of right legislation, on the indispensability of tradition” (Gadamer 1989, 281)

En slik erkjennelsesprosess er sammenfallende med begrepet ”tilläggnandet” (Eriksson & Lindström 2000), som er evnen til å se det partikulære i det universelle. Dette innebærer en etisk bedømming, sier Eriksson og Lindström, blant annet fordi det får konsekvenser for forståelsen av livet slik det leves, samtidig som det innebærer forståelse av sammenhenger til det universelle (ontologiske):

”För att nå en djupare förståelse måste vårt sökande finna vägen till den mänskliga existensens grundstruktur och igenkänna det gemensamma ontologiska rummet som vi delar” (ibid, 14).

En viktig nøkkel til innsikt i det etiske landskapet knyttes derfor til den caritative etikken. Den caritative etikkens vilkår og betydning for utøvelse av sykepleie, har vært et utgangspunkt for denne studien. De verdimeslige forutsetninger for omsorgen, finnes i den caritative etikken (Jf. Eriksson 1995). Den caritative etikken er konstituerende også for sykepleien og gjenspeiles i nasjonale og internasjonale etiske kodekser. Hva som er konstituerende i etisk forstand har i tillegg å gjøre med de vilkår som forløser dette grunnlaget i konkret handling.

Gjennom studiens empiriske del og gjennom verdiers applikasjon, utforskes den caritative etikkens kjennetegn, fordi denne studien fokuserer det som bidrar til å forløse de etiske verdiene en søker å ivareta i den caritative etikken. I dette perspektivet skal Løgstrups etiske fordring forstås og få sin funksjonelle betydning i denne studien, som det som bidrar til å aktivere etiske anliggender som er relevante i situasjonen. Ut ifra dette kan en todele dette etiske caritative grunnlaget i en prinsipiell del og en funksjonell. I det følgende skal redegjøres for det prinsipielle grunnlaget som ligger i den caritative etikken i seg selv. Kapittel 5 utlegger den funksjonelle siden (den etiske fordring) som er forenlig med den prinsipielle slik Løgstrup utlegger den. Hans bidrag er for denne studiens del, særlig knyttet til sin funksjonelle betydning, som det som kan skape forståelse for det som forløser den caritative etikken, som gjør kjærligheten (caritas) virksom i handling. Dette innebærer at mennesket som handler får en viktig plass. Det er mennesket som bærer den etiske fordring, både som uttrykker den, som ivaretar eller møter den.

Det prinsipielle grunnlaget i den caritative etikken beskrives kort i det følgende:⁹

Den caritative etikken har caritas som motiv for etikken. Ifølge Eriksson (1990) innebærer caritasmotivet et omsorgsfellesskap som formidler tro, håp og kjærlighet gjennom ansning, lek og læring. Caritativ omsorg er barmhjertighet formidlet i en ånd av kjærlighet, tro og håp. Caritas synes å være grunnlaget for all omsorg. Caritas kan bli usynlig og utydelig, men kan gjenfinnes som et grunnleggende motiv, som på ulike måter kan gjenkjennes og beskrives.

Denne caritative etikken motiveres på dypet av gudsiden, skriver Eriksson (1990)¹⁰. Slik forankres den caritative etikken i en uendelig kjærlighet som ingen grenser har ovenfor menneskene. Det var grenser for menneskekjærligheten i det gamle Hellas, fordi omtanken var knyttet til et gradert menneskeverd.

Gjennom Augustins lære om caritas, kommer eros og agape i kontakt med hverandre. Eros er den sannselige kjærligheten og agape er gudskjærligheten, og caritas forener disse to. Caritas er et uttrykk for skapningens ønsker og behov ut ifra skaperordningen, den begjærer og ønsker å uttrykke dette begjæret fordi det er det mest elementære og grunnleggende fenomen i det menneskelige livet (Eriksson 1990, 47). Caritas har et oppadstigende og nedadstigende perspektiv. Det innebærer både kjærlighet til menneskene og kjærlighet til (en) gud. Det er forenighet i dette caritative grunnmotivet og menneskebilde, som her beskrives som en enhet av kropp, sjel og ånd. Om mennesket utfordres av eksistensielle spørsmål, blir det logisk at slike spørsmål påvirker menneskets enhet. Om mennesket skades på kroppen, får det også

⁹ Den caritative etikken gir utgangspunktet for og innhold til sykepleiefagets etiske verdigrunnlag. Det gjøres ikke her en bred utredning av sykepleiens verdimessig fundament og forenighet med det caritative grunnmotivet. Dette grunnlaget anses for denne studiens del, å være relevant for sykepleien av samme grunner som for vårdvitenskapen. Det vil ikke angis noen andre kriterier av etisk relevans med tanke på hvordan en etiske sett vurderer sykepleiepraksis som god og hensiktsmessig for pasienten.

¹⁰ Caritas' opprinnelse og utgangspunkt tas også opp i gjennomgangen av grunnantakelse 6 (jf. Eriksson 2001; 19). Kjærligheten er et fenomen vi alle erfarer, enten vi mener å kunne si hvor vi tror den kommer fra, eller bare erfarer den som en evident erfaring, "*sanningslik, skön och god och som är en förening av vetenskap ock konst*" (Eriksson 2001, 19). Det som forener menneskene, er caritas, uavhengig om den begrunnes religiøst. Studien drøfter like fullt betydningen av en verdimessig forankring i en personlig (religiøs) overbevisning (jf. grunnantakelse 2).

konsekvenser for følelser og opplevelse av hva som er meningsfullt. Dette igjen får konsekvenser for hvordan tilrettelegge omsorgen for menneske når det blir pasient.

Caritas er omsorgens høyeste gode. *"Detta högsta goda i vården, är det som är gott för hela människan"* (Eriksson 1990, 51). Ingenting må redusere dette motivet, hva det så måtte være. Dette motivet motiverer omsorgen for mennesket og kommer til uttrykk som barmhjertighet.

Lignelsen om den barmhjertige samaritan beskrives som et mønstereksempel på praktisering av dette grunnmotivet gjennom hvordan han opptrer i møte med en hjelpetrengende. Denne fortellingen gir også ulike eksempler på hvordan hjelp ikke sikres. For etikken er det viktig å vite hva som bevirker denne hjelpen. Dette caritative grunnmotivet er formulert i 10 teser hos Eriksson (1990, 75f) som utgjør kjernesubstansen i den caritative etikken. Eriksson (1995) har formulert grunnleggende etiske posisjoner som innholdsbestemmer den caritative etikken: *"människans verdighet, vårdrelationen, inbjudan, ansvar, det goda och det onda samt dygd och plikt eller förpliktelse"* (Eriksson 1995, 25). Det er pasientens situasjon og opplevelse av smerte, skyld, sorg og annet som er utgangspunkt for og som motiverer denne etiske posisjonen (ibid, 22). Eriksson (1995) skriver: *"Det etiska finns i det sant mänskliga. ...[...]. De värden man tror på, dvs. det som är avgörande för att människan vet vad hon bör göra. Det etiska är alltid relativt i förhållande till en annan människa eller något annat..."* (ibid, 23). På denne måten synliggjøres verdigrunnlaget i den caritative etikken og dens betydning for omsorgen for pasienten. Omsorgen er betinget av den aktuelle situasjon pasienten er i til enhver tid.

Motivet til å gjøre det gode beskrives som en plikt, men også som et indre kall. Ønsket om å yte omsorg er også betinget av kulturelle forhold. Denne studien trer inn i dette landskapet av mange bevirkende faktorer, som synes å representere et innviklet og uvoersiktig samspill med tanke på å forstå hva som bevirker den gode handling. En forutsetning for min forforståelse og utgangspunkt er at *"...det er i den etiska akten som ethos uppenbaras i ord och gärningar"* (Eriksson & Lindström 2003, 26). Med et utgangspunkt i utvalgte etiske kjernebegrep (ansvar, offer og mot) og fenomen som åpenbares i den empiriske studien, diskuteres bevirkende faktorer for å realisere den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art.

1.3 Studiens tematikk i et vårdvitenskapelig perspektiv

Den caritative etikken utgjør altså en viktig del av vårdvitenskapens ethos, fordi etikken er involvert i vårdvitenskapens ytterste anliggende, som er å lindre pasientens lidelse. Her skal redegjøres for begrunnelser knyttet til sentrale etiske begreper (studiens teoretiske materiale) som behandles i denne studien fordi det er relevant for det vårdvitenskapelige perspektivet.

Begrunnelsen for valg av begrepene mot, offer og ansvar, knyttes til vårdvitenskapens grunnantakelser (Eriksson 2001). Disse uttrykker postulater om vårdvitenskapens kjernesubstans (jf. kp 4.1). Sentralt for denne studiens tematikk er antakelse nr 8: *”Vårdgemenskap utgör vårdandets meningssammanhang och har sitt ursprung i kärlekens, ansvarets och offrandets ethos d.v.s. en caritativ etik”* (ibid, 14). En forankring i sentrale begrep som ansvar og offer for denne studien, er derfor naturlig; Den caritative etikken er studiens gjenstandsområde og knyttes i denne sammenhengen til pasientens fordringer når de er av eksistensiell art. I denne grunnleggende antakelsen er den caritative etikken betinget av ansvar og offer sammen med kjærligheten, caritas. Dette inngår som elementer i den caritative etikkens ethos.

Mot er nødvendig for å møte det eksistensielle hos pasienten som kan komme til uttrykk i forbindelse med hans sykdom og lidelse. Når pasientens hjelpebehov kjennes som en etisk fordring, kan vegringen mot å gå inn i situasjonen forsterkes av de eksistensielle spørsmål som kommer fram. Forståelse for motets betydning kan forløse motet hos den som skal hjelpe, ved siden av annen etisk substanskunnskap som bidrar til å styrke den enkeltes hjelpemotiv.

Men hvordan disse begrepene får sine konkrete uttrykk i møte med pasientens eksistensielle lidelse, er ikke fullt ut klarlagt. På hvilke måter kan disse begrepene hjelpe til å forstå den caritative etikken vilkår, som har etisk relevans i møte med eksistensielle spørsmål? Om de gir slike muligheter, må komme til uttrykk i en praktisk etikk. Dette praktiske perspektivet kan utvikle vårdvitenskapens kunnskapskropp, fordi praksis i Gadammers forståelse, knyttes til erfaring, som er en forankret innsikt om noe spesifikt - som en internalisert holdning (jf. Lindholm 2003). Det er studiens mål å beskrive noen slike sammenhenger i en teoretisk

modell (jf. vitenskapelig hensikt, kp 3) og bidra til å øke innsikt i grunnantakelsen tematikk og på den måte yte et bidrag til vårdvitenskapelig kunnskap.

2 Forskningsoversikt

Studien retter sin oppmerksomhet mot pasientens eksistensielle lidelse og implikasjoner for den caritative etikken. Forskningsoversikten viser til forskning som berører forholdet mellom lidelse og eksistensielle spørsmål, og gir denne studien muligheten for å relatere til annen aktuell kunnskap innenfor feltet. Den kan også gi perspektiv til denne studiens anliggender og bidra i drøftingen av problemstillingen.

2.1 Databasert søk med hensyn til studiens sentrale tematikk

Eksistensielle tema og lidelse, knyttet til etikk, synes å være sparsomt belyst i publikasjoner i relevante tidsskriftbaser.¹¹

Jeg vil i det følgende gi en kort oversikt over tema og essens i artikler som fremkom i søket, og som er aktuelle for denne studien.

Flere studier er opptatt av spørsmål knyttet til sedering av terminale pasienter (Morita, 2004) og drøfting av meningen bak ønsket om å få utført eutanasi (Mak, 2005). Andre studier diskuterer andre dilemmaer knyttet til eutanasidebatten, som forholdet mellom livskvalitet og retten til å dø (McCormack, 1998). Den første studien refererer til vanskelige etiske grenseoppganger der pasientens ønsker (autonomi) og behandlingens positive effekter veies opp mot pasientens vedvarende lidelser, før en eventuelt sederende behandling eventuelt gis (en 'behandling' som gjelder det litteraturen kaller "*refractory nature of suffering*"). Det viser seg at annen behandling eller terapi er forsøkt, men bare for en liten gruppe, før en sederende behandling er blitt initiert.

¹¹Ved søk i litteraturbasene (via EBSCO) Pre-Chinal, Chinal, Medline, Eric og PsykInfo får jeg 330 treff ved å benytte 'existential' og 'suffering' som søkeord. Ved å avgrense og knytte ordene sammen med 'ethic' og trunkere (i tillegg ikke begrense ytterligere), får jeg følgende resultat, der ordene på en eller annen måte benyttes i publikasjoner: PsycInfo: 13 treff, Medline 21 treff, Chinal 8 treff, Academic Search Premier: 12 treff. Flere artikler går igjen i flere baser (dette forutsetter 'ethic' og ikke 'ethics' som søkeord).

I denne sammenhengen har Rousseau (2001) en artikkel (editorial) som diskuterer palliativ sedering i forbindelse med eksistensiell lidelse (*distress*). Dette er mer problematisk enn behandling som forholder seg til fysisk lidelse, fordi en må skjelve depresjon, angst og liknende fra den eksistensielle lidelsen (*intractable existential anguish*). Videre blir det en grenseoppgang til legeassistert død, som er vanskelig med hensyn til lovverket.¹² Artikkelen oppsummerer at hensikten med palliativ sedering er palliasjon, lindring og omsorg. Denne vektleggingen understøttes ved studien til Wein (2000), som beskriver dilemmaet som må håndteres (kalles *principle of double effect; to relive suffering vs. premature death*).

Mak (2005) viser at ønsket om eutanasi (informantene var alvorlig syke kreftpasienter som mottok palliativ behandling), kan skjule dype lengsler som behov for tilknytning, omsorg og respekt. Denne studien peker på betydningen av å gjøre grundige undersøkelser om deres underliggende ønsker før en kan vite sikkert hva de egentlig ønsker. Filiberti & Ripamonti (2002) har gjort en review om suicidalitet hos kreftpasienter. Denne gir en oversikt over forhold som påvirker suicidalitet, og hva som kan hjelpe til ikke å gjennomføre en slik handling. Mange slike tema, kanskje de langt fleste, er av eksistensiell art. Maks artikkel går ikke videre på disse temaene, men gir primært leseren en oversikt over aktuell litteratur innenfor området.

Flere studier knytter altså eksistensielle problemstillinger til medisinsk behandling, noen gjelder terminale pasienter (Morita, 2004; Mak, 2005). Bjorklund (2005) diskuterer ut fra et mer filosofisk utgangspunkt hvordan medisiner kan avlette en vanskelig livssituasjon, som er av eksistensiell art, og hvorvidt medisinerer da er galt eller rett.

Connolly (1996) diskuterer grunnlaget for lidelse og begrunnelse for det å respondere på lidelsen. Han er opptatt av engasjementet og forpliktelsen som samfunnet har. Han siterer Caputo (1993) for å understreke noe av forpliktelsens idé som noe som hender som reduserer og letter lidelsen. Han skriver at forpliktelsen til å hjelpe den andre i hans lidelse er omvendt proporsjonal med dennes maktesløshet (ibid., 4). Han er særlig opptatt av politiske prosesser som fremmer dette etiske engasjementet og sammenlikner det med tilsvarende endringsprosesser som har skjedd (og skjer), som kampen for å oppheve raseskilte, kvinnekampen osv.

¹² Her er det også ulik praksis (og lovverk) i ulike land når det gjelder aktiv/passiv dødshjelp.

Hummelvoll (i Hummelvoll og Severinsson, 2002) fokuserer på spørsmål knyttet til maniske pasienter i en akutt psykiatrisk kontekst og personalets oppfatninger av deres lidelse og hvordan det påvirker omsorgen for pasientene. De eksistensielle perspektivene som er belyst i denne studien, er i stor grad knyttet til og forårsaket av pasientenes sykdomslidelse (Lindholm, 1997, her Hummelvoll og Severinsson, 2002). Disse er av en slik karakter at de vekker vanskelige eksistensielle spørsmål, som brutte drømmer, tristhet, følelse av fatalisme og kraftsløshet, tvil om egen kapasitet og egenverd, som også i noen tilfeller fører til suicidalitet (Hummelvoll og Severinsson, 2002).

Severinsson (2003) viser til en undersøkelse som dokumenterer en sammenheng mellom moralsk ubehag (*distress*) og utbrenthet. Når denne sammenhengens undersøkelse innenfor sykepleieprofesjonen, kommer det tydelig fram at profesjonen har et moralsk grunnlag for sin praksis (Sundin-Huard og Fahy, 1999). En annen studie er inne på det samme, og viser at sykepleiere enten blir utbrente eller forlater yrket hvis det moralske grunnlaget for utøvelsen mangler eller blir forstyrret (Cameron, 1997). Noen studier diskuterer konsekvenser for sykepleiere som ikke får utøvet yrket som de ønsker som beslutningsvegring (*avoidance of decisions*) og depersonalisering (Pines et al., 1981; Maslach, 1982; Pines & Kanner, 1982, Firth et al., 1987). Severinsson (2003) refererer til Benner & Wrubel (1989) som sier at løsningen ikke er mindre omsorg eller avstand til andre, men mer omsorg, og at dette bidrar til bedringsprosesser. For omsorgspersonene selv fremheves betydningen av å kunne ta ansvar for seg selv og det å bli bekreftet som person i sitt arbeid.

Utriainen (2004) løfter fram sentrale ideer fra hospice-bevegelsen i sine studier om omsorg for den døende pasienten. Å være i relasjonen med en døende blir metaforisk beskrevet som å bli kledd naken (som hjelper). Et sitat fra materialet peker på det motsetningsfylte i denne relasjonen, som å være i nærhet og samtidig ha en distanse, fordi den ene er døende og den andre skal leve videre.¹³

Studien (Utriainen, 2004) peker på interessante sammenhenger mellom identitet og det å være ”kledd”. Ved å ”bli avkledd”, som en metaforisk blir når en blir syk, mister en noe av seg selv – sin identitet. Denne bruken av metaforer knyttes til Ricoeur (1986), som beskriver metaforer

¹³ En informant fra undersøkelsen skriver: ”Mother, what is it that took away your personality? Was it the illness, the drugs, the treatment, or all this together? Or did your mind start off before your body?” (ibid., 133).

som handling eller erfaring (*experience*), men noe som også skaper erfaring. Å gjennomgå en lidelsesprosess medfører en forandring/endring, enten som noe en mister eller som kan føre til fornyelse/frigjøring i forhold til noe som tidligere var skjult/ikke erkjent. Utriainen diskuterer begrepet skam i lys av bibelske tekster, men fremhever at hennes materiale ikke gjør skam til sentralt begrep i studien, men heller bidrar til å åpenbare fenomen som menneskelig autensitet.

Studien tar opp det ultimate eksistensielle faktum – døden, som avbrytelse, ødeleggelse (*rupture*) og avdekking/avsløring (*exposure*), der det motsatte, det å kle seg eller bli påkledd, handler om "*the wrapping aspects of community*" (ibid., 139).¹⁴ Derfor har samfunn en ivaretagende funksjon for mennesker, fordi mennesket frykter døden.

Denne artikkelen diskuterer ulike aspekter ved døden, i relasjonen mellom den konkrete kroppen og de åndelige (eksistensielle) sidene ved livet. Epilogen poengterer sammenhenger og ulikheter mellom den som gir omsorg og den som er i behov av omsorg, særlig om hva det betyr å uttrykke en form for solidaritet (*share the nakedness of the dying person*). Solidaritet betyr å stille seg naken, noe som ifølge Levinas (2000) refererer til ansiktet,¹⁵ og er uttrykk for den ytterste moralske fordring vi kan bli stilt overfor.

Weckowicz' (1988) diskusjon er lite aktuell for denne studien, bortsett fra en passasje hvor han reflekterer over lidelsens plass i personlighetsutviklingen.¹⁶ Han viser til Frankl (1963) og Kierkegaard som omtaler lidelsens innsiktsgivende betydning, noe som står i sterk kontrast til Maslow (1954), som skriver at grunnlaget, eller det som motiverer selvaktualiseringen, ligger i at de såkalte mangelbehovene er tilfredsstilt først (som sult, tørst og liknende). Lidelsens

¹⁴ "Society is a group of people gathering together in the face of horror or the anomaly of death," skriver Berger (1967, 44).

¹⁵ Utriainen (2004) skriver: "This opens up a moral space into which the caregiver may step. She can offer the dying person a wrapping, even if that will be for a very short moment, by the act of her own presence. The light wrapping proffered by the caregiver will give the dying person a possibility to fulfil the double gesture of simultaneously dressing and undressing, with which to express his or her face; and articulate identity."

¹⁶ "The personality growth is a painful process," skriver Weckowicz (1988, 132). En kan spørre om det også er omvendt, at pasienter (som lider) også lærer, og gjennom det blir klokere enn de som skal hjelpe? Det betyr en komplisering av forholdet mellom den som skal hjelpe og den som skal motta hjelpen, om kompetanse og makt er omvendt proporsjonal.

betydning i motivasjonen for å ønske og å få friske barn, diskuteres i artikkelen til Post (1991), der blant andre Dostojevskij refereres. Den russiske forfatteren hadde epilepsi og beskriver hvordan han opplevde en sterk lykkefølelse rett før anfallet kom. For øvrig har artikkelen fokus på argumentasjon for og mot genterapi og selektiv abort, i lys av den lidelse det kan forårsake ikke å benytte muligheten den nye teknologien gir, til å unngå at ikke-ønskverdige menneskelige tilstander realiseres.

Studiene som fremkommer i litteratursøket, har mange tilgrensende aspekter til denne studien, og gir interessante og viktige kilder til kunnskap om det eksistensielle betydning for pasienten og implikasjoner for omsorgen. Denne studien har fokus på eksistensielle spørsmål som kommer til uttrykk hos pasienten og hva som påvirker ivaretagelsen av de etiske fordringene.

Oppsummerende kan følgende fremheves fra litteratursøket:

Eksistensielle spørsmål berøres i ovennevnte artikler. Noen artikler behandler tematikken i forbindelse med sedering og suicidalitet. Betydningen av varhet for at ønske om eutanasi kan kamuflere behov for omsorg, tilknytning og nærhet, kommer fram (Mak, 2005). Det betyr at eksistensielle tema kan være skjult til stede, selv om det er ønsket om eutanasi som er uttrykt. Det er viktig kunnskap i vår egen debatt om selvbestemt død. Det kan bety at budskapet i kommunikasjonen med alvorlig syke pasienter kan være forvirrende, fordi det som kommer til uttrykk, ikke nødvendigvis er pasientens primære ønske.

For denne studien er Utriainens (2004) artikkel viktig. Den gir metaforisk uttrykk for sammenhenger mellom det å være i dødsprosessen og identitet. På en vakker måte beskrives vår tilknytning og gjensidige avhengighet av hverandre i møte med dødens realitet og hvordan den kan erfares. Denne erfaringen gir seg mange utslag og spørsmål, som viser det smertefulle i å befinne seg i dette landskapet. Samtidig gir det viktige perspektiv på hvordan vi kan finne måter å uttrykke solidaritet (og dermed omsorg) på i møte med den som skal dø. *Hva betyr det å kle seg naken, som en solidaritets- (omsorgs-) handling, i møte med en som kjenner seg avkledd i møtet med døden?*

Det er viktig å være klar over at det kan bygge seg opp et paradoksalt forhold, ved at den som trenger hjelp har den beste innsikten i hva som behøves, på tross av hjelperens lange formelle

skolering. Pasientens innsikt i møtet med de eksistensielle spørsmålene kan bidra til avstand til den som prøver å hjelpe. Kanskje frykten hjelperen har, er begrunnet i manglende innsikt i pasientens erfaringer, og er det som bidrar til at hjelperen trekker seg unna, fordi han eller hun ikke våger å "bli avkledd" på samme måten som den andre allerede er blitt det, når døden melder sin ankomst. Utriainen (2004) skriver på en måte som hjelper oss til klarhet i hva det er som settes på spill, når pasientens eksistensielle tematikk kommer på dagsordenen.

2.2 Manuelt søk med hensyn til studiens etiske kjernebegrep: mot, offer og ansvar

Aktuell litteratur med hensyn til begrepene *mot*, *ansvar* og *offer* er fremkommet underveis i arbeidet, i en vedvarende søken etter kunnskap som kan utdype forståelsen av det som behandles i studien. Noen sentrale referanser i tillegg til litteraturen som gjelder etiske kjernebegrep, skal løftes fram her.

Nerheim (1991) skriver om prosesser som "tingliggjør" mennesket og menneskets frihet. Hun viser til Heidegger som mener en må søke mening med sitt liv i "*utfoldelse av sin særegne væremåte*" (ibid., 96). Det blir da et poeng å finne ut av hva menneskets grunnvilkår er, som er attråverdige for å forbli menneskelige:

Etisk holdning i dag vil da bestå i å bli seg bevisst sivilisasjonens fremmedgjørende press, som systematisk bryter ned en autentisk eksistensform og kontaktmulighetene mennesker imellom på det forvitenskapelig ikke-objektiverende realitetsplan. (Ibid., 96.)

Det er en særlig utfordring knyttet til eksistensielle spørsmål. Disse spørsmålene er av betydning for å kunne være autentiske mennesker, skriver Nerheim og stiller spørsmålet: "*Kanskje skulle vi rette blikket mot menneskets flukt bort fra eget eksistensansvar som det legetimt etiske grunnproblem?*" (Nerheim, 1991, 103). På den måten introduseres begrep som ansvar og autenticitet, som igjen samsvarer med Løgstrups poengtering av de spontane

livsytringer; disse må få være spontane. Da kan en fremstå som autentisk menneske.¹⁷ På denne måten blir studiens tematikk knyttet til det å være ansvarlige mennesker.

Escolas ordbok (Taule, 1993) viser til den norrøne opprinnelsen til begrepet ansvar: forpliktelse, garanti, plikt og skyld. Det vises også til adjektivets (ansvarlig) betydning: erstatningspliktig, skyldig; årsak til; betrodd, overordnet. Om en knytter dette til det engelske språket (jf. Webster, 1989; Collins, 1987, her Oterholt og Karterud, 1996) og ser på begrepet *responsibility*, er det fire aspekter som trekkes fram:

Hvis du har ansvar for noe eller noen, så har du "kontroll" og "autoritet" og har plikt til å utføre oppgaven som du har å gjøre. For det andre kan du bli stilt til ansvar for det du skulle gjort: En har skyld (blame). For det tredje beskrives en evne til å oppføre seg slik at en er i stand til å fatte rette beslutninger. For det fjerde nevnes beslutningsmyndigheten som en rett du har hvis du er ansvarlig eller har et definert ansvarsområde. Til slutt nevnes ordet forpliktelse i forhold til en person som er satt over deg. (Oterholt og Karterud, 1996, 25.)

Ansvarlighet er ut ifra dette å være avhengig av noen og kunne stole på noen. Den semantiske undersøkelsen av synonymer som fremkommer i utvalgte kilder gir følgende ord/uttrykk som oftest er brukt som synonymer for ansvar/ansvarsfull: *svare på en mulig beskyldning* (tilsvar), *stå til rette* (gjøre regnskap), *vågnad/risiko* (ibid.).

Som ansvarlig person påtar en seg risiko. Det er knyttet omkostninger og usikkerhet til resultatet av det en er involvert i. Det hefter usikkerhet ved utfallet av den situasjonen en har et ansvar for. Men en kan fortsatt være ansvarlig. Det er ikke nødvendigvis slik at "ansvarlig" handling blir rett, god eller vellykket. Det kan tyde på at ansvar og ansvarlighet heller er en holdning eller intensjon, og ikke knyttet til resultat eller konsekvenser. Det betyr at en ikke kan karakteriseres som uansvarlig om en mislykkes i sitt forsett – hvilket godt kan skje. Det som gikk galt skjedde, ikke på bakgrunn av en intendert handling, men ut ifra handlingens konsekvens(er). Men som ansvarlig må en like fullt stå til rette for det som ikke gikk bra. Det å være ansvarlig innebærer altså en risiko. Som ansvarlig må en være villig til å gjøre feil, nettopp fordi en er ansvarlig. Utfallet av en situasjon har i så måte ingen betydning for hvorvidt man er ansvarlig eller ei.

¹⁷ Det er til ettertanke at det å fremstå som ærlig og ekte synes å være best eller enklest når en kan uttrykke seg anonymt i blader og avisers leserinnlegg.

I ansvar ligger en forpliktelse til noe spesifikt. Dette samsvarer med en etymologisk gjennomgang av begrepet: ”Prefixet **an-**, viser på en riktning i hvilket implicit innefattas en motpart, emot någon/något. [...] ... i ordet **-svar** innefattas en handling [...]... handlingen har en riktning och det finns någon/något som den riktas emot” (Wallinvirta, 2001, 38). Om en knytter dette til synonymet risiko, kan det synes som om ansvar har en substansiell premiss eller et implisitt normgrunnlag.

Risikoen en løper ved å engasjere seg, knyttes til nettopp dette normgrunnlaget. Det fortelles om en lærer som kjempet for at hennes elev ikke skulle måtte gå en klasse om igjen, fordi det var grunner i hans familie for hans dårlige skoleprestasjoner. Normen var at han måtte det (på bakgrunn av karaktergrunnlaget). Men fordi det, etter lærerens mening, ville gjøre situasjonen mye vanskeligere for ham, argumenterte hun for at Bob (som han het) kunne fortsette skolegangen sammen med sin klasse, for ikke å oppleve nok et nederlag (Danner, 1998, 265).

Artikkelen diskuterer et grunnlag for ansvarsbegrepets mulige betydninger, i denne sammenhengen å bryte med et byråkratisk argument og erstatte det med et konsekvensialistisk (faglig). Ansvar står altså i sammenheng med et gitt innhold eller substansen i en sak. Det synes å være et dilemma mellom det å risikere noe/utsette seg for risiko (hvor en ikke kan garantere utfallet) og det å stå i en forpliktelse til noe (et gitt innhold). I samme artikkel (Danner, 1998) henvises til Shakespeares skuespill om Richard 3. Her fortelles en historie om en person (Brakenbury) som kommer i et tilsvarende dilemma mellom plikten til å adlyde ordre og det å forhindre alvorlig skade, som i skuespillet vil si å forhindre et drap.

Danners artikkel berører et grunnleggende spørsmål: Hva avgjør hvordan vi forholder oss i en spesifikk situasjon? Sentralt er hva som bestemmer vår avgjørelse. Her skjelnes mellom ”*ethics of conviction*” og ”*ethic of responsibility*” (jf. Danner, 1998, 267). Dette har å gjøre med på hvilke måter vi plasserer skyld på, hos oss selv eller hos andre (systemer eller autoriteter). Skjelningen går mellom hvorvidt en har et personlig ansvar eller legger det på en ekstern instans. Dette knyttes til begrepet ”eksistensiell beslutning” (*existential decision*) som betegnes slik:

I call it "existential" because the whole person is involved, not only a carrier or a role. The role which I play is only a section of my whole personality. The risk of existential responsibility targets the full existence of a person. (Note 3, Danner, 1998, 266.)

Eksistensielle tema innebærer en personlig involvering. "Saken" som en har en forpliktelse overfor, gjelder personen en står i relasjon til. Fordringen er å ta personen på alvor og handle til hans beste, og ikke definere ham som uinteressant.

Det vil være å trekke det for langt her å skulle diskutere forholdet mellom partikulære og allmenne hensyn fullt ut. En kan heller ikke diskutere forholdet mellom når det er snakk om legitime, legale hensyn, og når situasjonen utfordrer en på en måte som gjør saken til et personlig etisk anliggende. Konformiteten kan ha mange former, der mulighetene til å handle og forholde seg synes avhengig av konteksten. Ingen har særlig sympati for Pontius Pilatus' symbolske handling (han vasket sine hender) for å vise at han ikke ville ha noe ansvar for Jesu død. Peters benektelse av sitt vennskap med Jesus var heller ikke mye å være stolt av. Pilatus hadde en mulighet til å endre historiens gang, men vågde muligens ikke av hensyn til folket?¹⁸ Å vedkjenne seg et vennskap, ble vanskelig for Peter, når vennen (Jesus) ble ydmyket og gjort til en ubetydelig, udugelig og kompromittert person, som mobben herjet med.¹⁹ At Peter i tillegg ble utfordret av en kvinne, gjorde det ikke enklere for ham. I akkurat det øyeblikket fikk ikke fornektelsen konsekvenser, selv om han opptrådte uetterrettelig og inkonsistent. Konsekvensene kom siden.

Det kan være at den etiske handlingens akilleshæl er å *vedkjenne seg sitt ansvar* når omstendighetene kan sette en i pinefulle situasjoner. I dag risikerer vi neppe livet (i fysisk forstand), men vi risikerer kanskje vennskap, anseelse, vårt gode navn og rykte eller en ubehagelig opplevelse. Vi er lite interessert i det, særlig ikke om det medfører å bli kompromitert. I så måte har konformitetens kraft sin disiplinerende virkning.

Ut ifra dette kan konformitet karakteriseres som *ansvarlighetens motpol*. Å være ansvarlig forutsetter ikke bifall og gode følelser. Det å velge minste motstands vei når handlingsalternativer muliggjøres, synes å gi mange den umiddelbare begrunnelse for (mindre ærefulle) handlingsvalg og unnlatelsessynder.

¹⁸ Bibelen, Matt 27,11–26.

¹⁹ Matt 26,69–75

I Peters tilfelle (se over) var hans videre forhold til Jesus betinget av forsoning.²⁰ Men forholdet måtte først restitueres. Forsoningen gir interessante perspektiv på offerbegrepet, som har forsoning med som et betydningselement. Dette vil studien vende tilbake til.

Hans Jonas (1991) skriver om ansvaret prinsipp, en etikk for den teknologiske sivilisasjonen. Bernstein (1995) diskuterer Jonas' perspektiv og hva som er konstituerende for det å ta ansvar. Jonas knytter ansvar til hva som er felles i et politisk ansvar og i et foreldreansvar. Bernstein skriver:

... he [Jonas] says that their "common traits nonetheless blend into the one, most integral and paradigmatic representation of the phenomenon of responsibility [...] What is common to them can be summed up in the three concepts of "totality", "continuity", and "future", referring to the existence and welfare of human beings. (Bernstein, 1995, 5/9.)

Det er viktig å se utover en isolert situasjon. For å understreke dette, skriver Jonas: *"Abstractly, political responsibility is endless: power and prescience of the agent alone limit its concrete span"* (ibid., 5/9). Jonas har et særlig fokus på forholdet mellom menneske og samfunn, og at vi har *"cosmic responsibility"* (ibid., 6/9). Det er mulig å begrunne ansvaret som grenseløst og til stede hele tiden. Jonas bruker barnets tilblivelse og faktiske væren for å understreke et slags ureksempel på et ansvar foreldre har, som er gitt i og med at barnet er født (Jonas, 1991):

Sålunda besitter det "böra" som manifisterar sig i spädbarnet tveklös evidens, konkretion och akut eftertrycklighet. Här sammanfaller dettavarons yttersta fakticitet, den yttersta rätten till existens och varats yttersta sårbarhet. I spädbarnet visar sig exemplariskt att ansvarets ort är det i vardandet nedsänkta, i förgängligheten priggivna, av förintelse hotade varat. [...] I ett fall av ihållande-kritisk varasårbarhet, vilket föreligger här, blir ansvaret ett kontinuum av sådana ögonblick. (Ibid., 212.)

Dette gir en hjelp til å forstå hva et ansvar innebærer i relasjon til foreldrenes ansvar i relasjonen mellom foreldre og barn. Ansvaret for de etiske anliggender overfor fremmede andre er forsøkt begrunnet i forbindelse med de etiske fordringene, som her er kjernen i ansvarligheten, i lys av Løgstrup (1999).

²⁰ Peter og Jesus ble forsonet; Peter ble ikke oppgitt på tross av å ha utvist så liten karakterstyrke. Tvert imot ble Peter en betrodd leder og tildelt et hovedansvar for kirken, i tiden etter Jesu død.

Hva som er konstituerende for ansvar eller hva som begrunner det, er diskutert hos blant andre Danner (1998), som ser på forholdet mellom ansvar (som har sitt utgangspunkt i personen eller i situasjonen) og samfunnet eller forhold utenfor personen. Han knytter ansvar til spørsmålet om den frie vilje. Om den frie vilje ikke er sikret, vil det alltid være grader av og ikke full ansvarlighet. En som ikke er i stand til å handle eller foreta selvstendige valg, vil ikke kunne være fullt ut ansvarlig.²¹ Det vil derfor alltid være interessant for en vurdering av ansvarlighet å studere på hvilke måter aktørens handlingsrom betraktes som fritt eller betinget av andres sanksjonering.

Denne studien har det personlige møtet som utgangspunkt, og reflekterer i liten grad samfunnets (de sosiale forholds) mulige innvirkninger på den personlige beslutning. Det ville være galt å underslå kontekstens betydning og innvirkning på strategier som velges. Det er sant som Moody-Adams sier, at ”... *every culture develops intricate patterns of normative expectations about emotion, thought, and action that help to structure each person's formative experiences*” (Moody-Adams, 1994, 291).

På tross av dette legges det i denne studien et viktig ansvar på personen selv, fordi personen selv legger en avgjørende premiss for miljøet som skapes og som han eller hun er en del av. Derfor er dette et punkt som skiller skarpt mellom hvorvidt en forstår beslutninger som indusert utenfra eller innenifra mennesket selv; hvorvidt personen dypest sett er indrestyrt eller om atferd er betinget av miljø:

But a defensible account of the connection between culture and agency must be able to show that, ultimately, cultures persist only because individual persons capable of responsible action persist. The social legacy that comprises the culture of any group endures only when human beings choose, whether critically or uncritically, to protect and perpetuate that legacy. (Moody-Adams, 1994, 292–293.)

Sentralt for studiens tematikk er også Armans (2003) og Rehnsfeldts (1999) avhandlinger, som på en spesiell måte tar fram den eksistensielle tematikken i pasientomsorgen. Arman

²¹ Til Peters forsvar (se over) kan en si at han risikerte livet ved å være ærlig i situasjonen da han ble utfordret av kvinnen; han kunne blitt angitt og også fengslet. I denne sammenhengen er det likevel betimelig å spørre om våre unnlatelser i situasjoner vi kunne opptrådt som moralske aktører, skyldes hensyn til vår frykt for ubehagelige konsekvenser?

(2002) og Landmarks (2001) artikler tar fram brystkreftopererte kvinners situasjon som aktualiserer eksistensiell tematikk. Det er deres situasjon og ikke primært konsekvenser for det etiske som her tematiseres.

Rehnsfeldt (1999) og særlig Rehnsfeldt & Eriksson (2004) tar fram forhold som lindrer lidelse i et eksistensielt perspektiv, som er i sterkt slektskap med, men som ikke direkte har utgangspunkt i en "den etiske fordring" eller etiske implikasjoner. Arbeidene deres handler først og fremst om lidelsens ulike uttrykk.

3 Studiens hensikt, spørsmål og design

Studien skal bidra til vårdvitenskapelig kunnskapsutvikling, med spesiell fokus på vitenskapens etos – noen elementer i den caritative etikken med hensyn til pasientens eksistensielle fordringer.

Sykepleien bidrar til studiens empiriske datamateriale.

Studiens vitenskapelige hensikt:

Å utvikle en teorimodell om sentrale begrep og fenomen innen den caritative vårdetikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art

For å kunne gjøre dette, er studiens hovedstruktur i tre deler. De to første besvarer følgende to spørsmål:

Forskningsspørsmål A

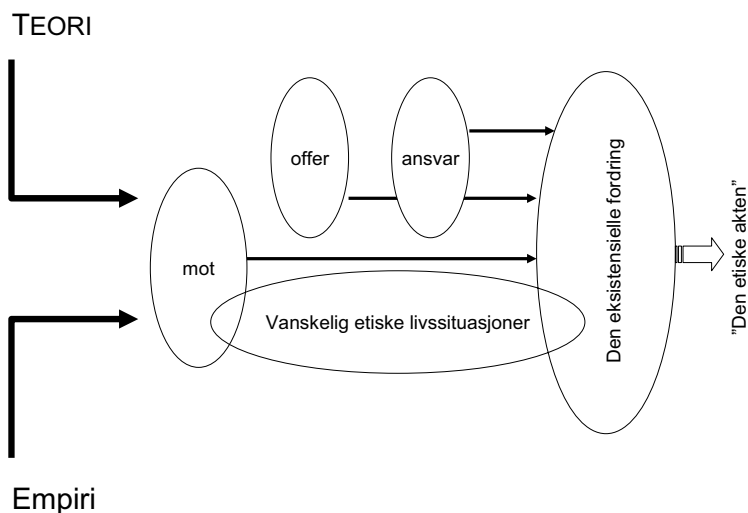
Hvilke etiske realiteter representerer begrepene mot, ansvar og offer innen den caritative vårdetikken, når pasientens fordringer er av eksistensiell art?

Forskningsspørsmål B

Hvilke fenomen av etisk karakter aktualiseres i sykepleien når pasientens fordringer er av eksistensiell art?

Den siste delen søker å sammenføre og diskutere disse spørsmålene med tanke på å utvikle en teoretisk modell om sentrale begrep og fenomen innen den caritative etikken og på hvilke måter disse har betydning for ivaretagelse av pasientens fordringer når disse er av eksistensiell art.

Den empiriske delen – sykepleieres møte med vanskelige etiske livssituasjoner – beskriver *de eksistensielle spørsmål* som særlig utfordrende i møtet med pasientene.



Figur 1: Studiens design

Forklaring til figur 1: Studien tar utgangspunkt i utvalgt teori som diskuterer relevante begreps (ansvar, mot og offer) betydning for studiens tema og forskningsspørsmål. Dette representerer studiens teoretiske materiale og anvendes for å besvare forskningsspørsmål A. Studien har også et empirisk utgangspunkt, som søker å gi svar på forskningsspørsmål B. Her tar studien utgangspunkt i sykepleieres erfaringer, gjennom deres beskrivelser og refleksjoner knyttet til møte med vanskelige etiske livssituasjoner der pasientens eksistensielle fordringer blir tematisert. Studien søker så å sammenføre disse ulike inngangene til studiens hovedtema med tanke på å utvikle en teorimodell om ”implikasjoner for den caritative etikken – når pasientens fordringer er av eksistensiell art”.

Løgstrups tenkning om den etiske fordring anvendes (1) for å begrunne en praktisk anvendelse av studiens caritative grunnlag, (2) for å begrunne pasientens eksistensielle spørsmåls legitimitet innen den caritative etikken for å forstå disse som en fordring (som skal ivaretas) og (3) gjennom dette perspektivet (den etiske fordring) kunne argumentere for implikasjoner av betydning for den caritative etikken (betegnet som en metafor) – ”den etiske akten” (se kapittel 5).

4 Avhandlingens ontologiske og epistemologiske forutsetninger

Studiens metodologi har hermeneutikk som utgangspunkt og tilnæringsmåte for utforskningen av studiens tematikk. Dette innebærer grunnleggende valg av ontologisk og epistemologisk karakter. Denne studien tar utgangspunkt i følgende menneskebilde og helsebilde. Dette er utgangspunktet for refleksjonen over studiens problemstilling.

4.1 Menneskebildet og helsebildet

Eriksson (2001) har formulert 8 grunnantakelser som grunnlag for vårdvitenskapen. De er bærende postulater for disiplinen som er fremkommet gjennom studier om vårdandets vesen. Disse beskriver også vårdvitenskapens menneskebilde og helsebilde.

Menneskebildet henger nøye sammen med helsebildet. Med bakgrunn i en beskrivelse av menneske, kan en forstå hva som er krenkende, eller fremmer menneskets verdighet og lindrer lidelse; Menneskebildet gir føringer for hva som er grunnleggende meningsfullt for menneske og bestemmer dermed hva som er relevant for etikken. En forståelse som fraviker menneske som enheten kropp, sjel og ånd vil gi konsekvenser for etikken og for omsorgen.

Menneske og helse beskrives på følgende måte:

”Människan är i grunden enheten kropp, själ och ande” (grunnantagelse 1) ...[...]... ”hälsa innebär en rörelse i vardande, varande och görande mot enhet och helighet, vilket er förenligt med lidande” (grunnantagelse 4) (Eriksson 2000, 7).

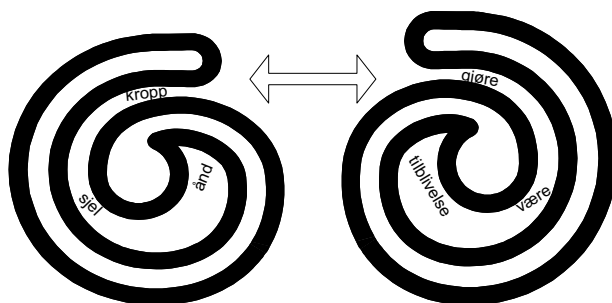
Dette beskriver helse på ontologisk nivå slik den kommer til uttrykk i ”Den mångdimensjonella hälsan” (Eriksson red. 1995). Helse begrunner målet for vårdvitenskapen.

Helse baseres på et kristent-humanistisk menneskesyn som *”...utgår ifrån hälsa som ett görande, ett varande och vardande mot en djupare enhet (holiness)”* (ibid, 11).

"...Hälsa ses på som en integrerad del av människans liv och vårdande, en helhetsupplevelse. Att uppleva sig som hel innebär i djup mening att känna vördnad för sitt liv, för sig själv som människa och som någonting unikt. För att människan skall uppleva detta förutsätts att hon har kontakt med sin innersta kärna, med sin andlighet och religiösitet" (jfr. E.H. Erikson 1985; Frankl 1987, her Eriksson 1995, 11).

Dette gir i essens innhold til helsebegrepet og at det er mulig å se helse i relasjon til mennesket som enheten kropp, sjel og ånd. Mennesket motiveres av det som er godt for egen del. Derfor er det en sammenheng mellom motiv og det som gir mennesket mening. Med utgangspunkt i helsebildet, der også eksistensielle relegiøse dimensjoner er inkludert, vil helsens mening inkludere hva som gir menneskets liv en dypere mening, skriver Eriksson (1995). Dette samsvarer med et menneskebilde som også inkluderer den eksistensielle dimensjon. Det blir derfor nødvendig å kunne forene eller integrere dimensjonene i helsebildet og menneskebildet for at mennesket skal kunne erfare sammenheng i sin egen virkelighet. Dette inkluderer også de konkrete dimensjoner i menneskebildet og helsebildet. Ofte er det gjennom det konkrete vi har tilgang til hverandres liv og erfaringer. Fordi menneskebildet og helsebildet innebærer integrasjon av dimensjoner, vil det være å redusere mennesketverdet om kroppen og det konkrete betydning ikke ivaretas. Derfor er det en konstant bevegelse mellom helsens ulike nivåer og menneskets ulike nivåer, betinget av situasjon, tid og sted.

Dette forholdet kan anskueliggjøres i følgende figur:



Figur 2; Menneskebildet og helsebilde - et gjensidig dialektisk forhold (jf. Eriksson 1995)

Studien tar sitt utgangspunkt i dette menneskebildet og helsebildet (jf. grunnantakelse 1 og 4). Begrunnelsen for det kan utdypes i det følgende: Kroppen er en enhet sammen med sjelen og det åndelige. Kroppen er en kilde for opplevelser og erfaringer og derfor for erkjennelsen. Det er fordi vi gjennom kroppen kan sanse og gjøre erfaringer²². Kroppen lyver ikke, fordi den er ærlig om hvordan mennesket erfarer sitt liv. Vi kan forsøke å tolke avvisning og skuffelser som noe annet enn det det er. Men ”... i dypet av vårt indre – i kroppen – ligger sannheten om oss” (Bakken 2001, 124). Trolig uttrykker kroppen våre forsøk på å kommunisere eksistensielle spørsmål. Vår humanitet er avhengig av å bevare forståelsen av menneske som enheten kropp, sjel og ånd. Mennesket er noe mer enn en summering av enkeltdimensjoner.

Helsens ”gjøre”-nivå kan være synlig, men ”tilblivelses”-nivå kan spores som chiffer (tegn). Helse på dette nivå omtales med begreper som gjør disse dimensjonene som tegnene indikerer, vanskeligere tilgjengelige. Men ikke desto mindre anses eksistensielle spørsmål å være av avgjørende betydning for helsen, fordi eksistensielle spørsmål står i nær kontakt med lidelse.

Vårdvitenskapen har redegjort for sammenhengen mellom helse og lidelse. Slik kan sammenhengen mellom helse og lidelse begrunnes:

”Hälsa som vardande utgår från antagandet att människan är ett ständigt vårdande, hon danas eller upplöses men är inte någonting färdigt (jf. Bergson 1928). Livsgrågor blir centrala. Människan är inte främmande för lidande man har sin strävan inriktad på att försona sig med livets omständigheter. ..[...] Vardande mot hälsa innebär att människan blir hel på en djupare integrationsnivå[...]...Det är denna enhet som utgör människans egentliga väsen” (Eriksson 1995, 14).

Dette ’egentlig menneskelige’ anses grunnleggende for denne forskningens teoretiske utgangspunkt. Derfor blir et ontologisk helseperspektiv av avgjørende betydning, fordi det er relevant for livet slik det er og får dermed etiske implikasjoner. Dette er en ”grundopplevelse” sier Eriksson (ibid, 14), som handler om avgjørende ontologiske premisser ved det å være menneske. Ikke minst anses det eksistensielle å innbefatte menneskets grunnopplevelse, slik

²² Kroppens betydning som formidler av helse og lidelse, er studert i Lindwalls (2004) avhandling.

Eriksson uttrykker det. Men hvordan dette kommer til uttrykk og hvilke praktiske implikasjoner det får for hverdagen (som etikken), er i liten grad drøftet²³.

4.2 Studiens epistemologiske utgangspunkt

Hermeneutikk angir studiens overordnede epistemologiske ansats. Begrunnelsen for denne kunnskapsinteresse, er allerede i noen grad berørt. Epistemologien, studiens argumentasjoner og konklusjoner søkes videreført i forenlighet med dette utgangspunktet. Sentrale elementer i studiens kunnskapssyn (epistemologi) vil i det følgende redegjøres for, forankret i Gadamer (1989), som sentral kilde for hermeneutisk forståelse. Videre beskrives og begrunnes studiens metoder, med metodiske bidrag fra Kvale (2001).

Gadamer (1989) diskuterer Aristoteles' tre erkjennelsesformer; moralsk kunnskap (phronesis), teoretisk kunnskap (episteme) og kunst (techne) (ibid, 314ff) ut ifra spørsmålet: På hvilken måte kan mennesket være moralsk og handle godt? I lys av studiens tema knyttet til pasientens eksistensielle spørsmål, berøres spørsmål om godt og ondt i noen grad i det følgende, fordi det har å gjøre med etiske grunnspørsmål knyttet til kunnskap om hva som fremmer det gode i relasjoner mellom pasient og hjelper. Dette innebærer spørsmål av epistemologisk art.

Gadamer sammenligner det moralsk gode med håndverkerens utførelse som når den er ekselent og kalles "techne". Slik moralsk kunnskap er grunnleggende etisk intuitiv kunnskap, som hos en person" ... *who knows how to make something knows something good, and he knows it for himself, so that, where there is the possibility of doing so, he is really able to make it*" (ibid, 314). Denne kunnskapen har en generell (og intuitiv) karakter som skal komme til anvendelse i en konkret situasjon. Dette blir ekstra utfordrende i moralske spørsmål.

²³ Dette kan problematiseres på mange måter. En grunnleggende antakelse for denne forskning er at vi har vanskeligheter med å se, forstå eller tolke det konkrete menneskelige uttrykk opp imot det åndelige. Vi trenger innsikt i å se og skjønne sammenhenger som gjør det enklere å møte den eksistensielle fordringen pasienten uttrykker, fordi det har konsekvenser for om han blir forstått og ikke avvist.

Det er derfor en ”praktisk” begrunnelse for hva som er relevant etisk kunnskap, fordi situasjonen som krever et moralsk engasjement, fordrer en personlig ervervet kunnskap knyttet til egne erfaringer gjennom handling. Gadamer skriver:

*”We do not stand over against it (i.e. moral knowledge), as if it were something that we can acquire or not, as we can choose to acquire an objective skill, a techne. Rather, we are always already in the situation of **having to act** (disregarding the special position of children, for whom obedience to the person educating them replaces their own decision), and hence we must already possess and be able to **apply moral knowledge**” (ibid, 317).*

Etikkens særmerke og premiss er å kunne anvende moralske innsikter, en kan ikke velge å la være! En kan si at etisk kunnskap er tilgjengelig som objektiv kunnskap, som ide og refleksjon, men konstitueres i handling²⁴. Dette innebærer et engasjement som er av tilsvarende forpliktende karakter som den en har til sin beste venn, hvor de sammen hjelper hverandre, fordi vennskap på en spesiell måte forplikter til handling og ikke bare til betraktninger. De søker de sammen om *”what is right”* (ibid, 323). Dette handler derfor om moralsk kapasitet hos den som foretar valg, men som samtidig søker råd om hva som vil være best å gjøre. Et slikt forpliktende vennsforhold er modell hos Gadamer for en tilsvarende moralsk forpliktelse til både å forstå det som er det beste og som motivasjon til å handle:

”Someone’s sympathetic understanding is praised, of course, when in order to judge he transpose himself fully into the concrete situation of the person who has to act” (ibid, 323).

Gadamer (1989) understreker og sier at moralsk kunnskap ”går utenpå” begrepene phronesis, episteme og techne. Det er fordi denne kunnskapen er av en annen art og mer avansert i sin innsikt enn selv kunsten (techne) kan uttrykke. I denne sammenhengen holder han fram en spesiell forståelse av hva erfaring innebærer, som en spesiell innsikt i moralske spørsmål:

²⁴ *”...they are not norms to be found in the stars”, sier Gadamer (1989, 320) litt ironisk muligens, men understreker på ulike måter hvordan kunnskap om etikk er knyttet til handling, eller finnes som kunnskap når handlingen utføres: ”Nor are they mere conventions, but really do correspond to the nature of the thing-except that the latter is always itself determined in each case by the use the moral consciousness makes of them” (ibid, 320). På en annen måte sier Goethe noe om det same: ”Det er ikke nok å vite. Man må også kunne bruke det man vet”.*

For moral knowledge contains a kind of experience in itself, and in fact we shall see that this is perhaps the fundamental form of experience (Erfahrung), compared with which all other experience represents an alienation, not to say a denaturing” (ibid, 322).

Dette må bety at moralsk innsikt er integrert i erfaringen. Dermed er etiske innsikt ikke lett tilgjengelig for andre. Å trekke ut de etiske perspektiv, som en saklig og objektivt kunne forholde seg til som noe for seg selv, blir dermed umulig, fordi denne erfaringen er en ”*fundamental form of experience*”, som er tilgjengelig for innsikt på en annen måte enn å forholde seg til ytre observerbare hendelser.

Etikken skal bekjempe fremmedgjøring, eller det som oppfattes som begrensende for forståelsen av slike menneskelige erfaringer. Det er utfordrende å avdekke eller fremme denne kunnskapen, fordi etisk kunnskap er gjemt i erfaringen og krever en omfattende og dyptpløyende refleksjon som strekker seg utover en ytre beskrivelse av et hendelsesforløp²⁵ for å bli tilgjengelig kunnskap.

I denne erkjennelsesprosessen, er bevissthet (*consciousness*) et nøkkelbegrep. Å vinne slik innsikt, er ikke bare å forstå seg selv eller tingen i-seg-selv, men innsikt vinnes i et vekselforhold til *Den Andre*; Innsikt skapes ved å relatere innsikt om seg selv til innsikt om saken, gjennom ”...the *recognition of the Thou*” (Gadamer 1989, 342). Dette oppfattes som en anerkjennelse av den andres perspektiv. Møte med den andres perspektiv er nødvendig for selv å kunne vinne innsikt.

Gadamer bruker et interessant eksempel ut ifra den kunnskapen som er tilgjengelig i forholdet mellom mann og kvinne:

”That the other must be experienced not as the other of myself grasped by pure self-consciousness, but as a Thou – this prototype of all objections to the infiniteness of Hegel’s dialectic – does no seriously challenge him. The dialectical process of the Phenomenology of Mind is perhaps determined by nothing so much as by the problem of the recognition of the Thou. To mention only a few stages of this history: our own self-consciousness, for Hegel, attains to the truth of its self-

²⁵ En slik forståelse er en konsekvens av et ontologisk helseperspektiv og enhetlige menneskesyn, fordi nøkkelen til å forstå mal-praksis handler om at ”saker” blir gjort mindre enn det de er, enten det gjelder pasienters fordringer eller annet som trivialisierer eller banaliserer pasientens ”sak” (fordring).

consciousness only by fighting to be recognized by the other person. The immediate relationship between man and woman is the natural knowledge of mutual recognition. Beyond this, conscience represents the spiritual side of being recognized, and the mutual self-recognition in which the spirit is absolute can be attained only via confession and forgiveness..” (ibid, 343).

Disse innsiktskapende erfaringene uttrykker en ny mening, på bakgrunn av et møte med en annen, som er ulike de erfaringene en selv har hatt. Men hva er det som skal forstås? Andres tradisjon (*tradition*) er det som skal erfares og forstås, gjennom en konfrontasjon av den andres forståelse (av verden). Gadamer sier: *”It express itself (erfaringen) like a Thou”* (ibid, 358).

Dette gir mellommenneskelige erfaringer som skaper innsiktsgivende prosesser og gir mulighet for å vinne ny kunnskap om fenomener en vil studere. Møter mellom personer er forutsetninger for å vinne forståelse og skjer gjennom en konfrontasjon fordi egen forforståelse settes på spill²⁶. Dette er dype personlige prosesser²⁷.

Ny kunnskap forutsetter det Gadamer kaller *”horizontsammensmeltning”* (jf. Gadamer 1989, 300ff); Muligheten for bedre innsikt i en sak, skjer ved at ulike forståelsesmåter utfordres om den oppfatningen en har om den virkeligheten eller de fenomener som studeres. Forforståelsen danner startpunktet for all dialog om det som skal forstås. Forforståelsen om saken en studerer, utgjør hermeneutikkens forutsetning. Man må være opptatt av samme sak, sier Gadamer: *”Hence the most basic of all hermeneutic preconditions remains one’s own forestanding, which comes from being concerned with the same subject”* (Gadamer 1989, 294).

Vi er derfor avhengige av forforståelsens betydning for de refleksjoner og vurderinger som gjøres: *”For as long as our mind is influenced by a prejudice, we do not consider it a judgement”* (Gadamer 1989, 299). Forståelsesprosessen starter når en setter egen forforståelse på spill. Om ikke det skjer, skjer ingen hermeneutisk erkjennelsesprosess:

²⁶ Jung forteller en historie om hvordan et terapeutisk forhold låste seg fordi han så ned på kvinnen han var terapeut for. Ikke før han ble bevisstgjort dette (gjennom en drøm), kom han videre i terapien (Hall 1976).

²⁷ Dette gir også den kunnskaps- (vitenskaps-) teoretiske begrunnelsen for hva den etiske fordringen konkret innebærer/er; hva fordringen konkret betyr i møte med pasienten, avklares gjennom tilsvarende prosesser.

"Understanding begins, as we have already said above, when something addresses us. This is the first condition of hermeneutics. We now know what this requires, namely the fundamental suspension of our own prejudices" (Gadamer 1989, 299).

Å endre forforståelsen kan bety endring av oppfatning om virkeligheten og dermed hva en anser er rett og sann forståelse av en sak. Denne oppfatningen kan være ubevisst. Ved å utfordre synet på virkeligheten, vil en kunne se på en ny og annerledes måte (ibid, 299). Dette er grunnlaget for endring av holdninger og dermed handlinger.

Utgangspunktet er som nevnt over, egen erfaring om aktuelle fenomen og det å kunne møte andres erfaringer om de samme fenomen. Det å ha erfaring gir, ifølge Gadamer, mulighet for innsikt. Han viser til humanvitenskapens kjernebegrep *"bildung, sensus communis, judgement and taste"* (ibid, 9ff), som fremstiller hva slik innsikt innebærer og hva den forutsetter. På denne bakgrunn gies andre forutsetninger for humanvitenskapelig epistemologi enn for naturvitenskapens epistemologi og dermed for å kunne vurdere den humanvitenskaplige forskningens evidens.

Målet i ens søken etter kunnskap er å finne mening og sammenheng og som ikke bidrar til fremmedgjøring. Dette skjer gjennom en hermeneutisk bevisstgjøring:

"Experience" is the special nature of the given in the human science. ...[...].... The structure of meaning we meet in the humanistic sciences, however strange and incomprehensible they may seem to us, can be traced back to ultimate units of what is given in consciousness, unities which themselves no longer contain anything alien, objective, or in need of interpretation. These units of experience are themselves units of meaning" (Gadamer 1989, 65).

Dette gir perspektiv til en hermeneutisk epistemologi. En må da søke å finne arenaer og former som formidler erfaringer som kan gi *"an element of infinite life"* (ibid, 69). Dette er dypest sett også begrunnelsen for studiens empiriske del (se under). Forskeren er også personlig involvert i hermeneutiske studier, fordi slike studier baseres på tenkning og refleksjon av en spesiell art; Forskning innen humaniora forutsetter en evne til å se (i betydningen forstå) og til *formidling*, som kan sammenlignes med kunstens oppgave: *"I samma ögonblick som insikten gick upp för mig blev världen på något sätt genomlyst, och jag såg klarare och tydligare än vanligt"* (May 1988, 55).

Gadamer viser til kunstens muligheter for å uttrykke vanskelige livsspørsmål. Alle forskere må etterstrebe erfaringer og beskrive situasjoner som kan "gjennomlyse" saken en studerer, slik at det kan bidra til å anerkjenne og bekrefte det komplekse i å forstå menneskelige erfaringer som "*the consummation of the symbolic representation of life*" (Gadamer 1989):

"The work of art seem almost by definition to be an aesthetic experience: that means, however, that the power of the work of art suddenly tears the person experiencing it out of the context of his life, and yet relates him back to the whole of his existence. In the experience of art is present a fullness of meaning that belongs not only to this particular content or object but rather stands for the meaningful whole of life. An aesthetic Erlebnis always contains the experience of an infinite whole. Precisely because it does not combine with other experiences to make one open experiential flow, but immediately represents the whole, its significance is infinite" (ibid, 70).

Dette er en innsikt utover kontekst, tid og rom, men som har sitt utspring i en estetisk erfaring og som har betydning for humanvitenskapelig evidens (jf. Eriksson 1999). Erfaring innebærer å tolke det synlige som skjer, som noe almenngyldig og ikke bare som partikulære hendelser i tid og rom.

Det er slik denne studien forstår erfaring, også slike erfaringer som kommer til uttrykk i sykepleieres praksis (studiens emperi); Deres erfaring, ikke bare i konkret forstand, formidler innsikt utover enkeltstående situerte hendelser.

Fremfor alt innebærer dette komplekse mellommenneskelige relasjoner og prosesser. Men det er mange faktorer som bidrar til å begrense forståelseshorisonten²⁸. Det dreier seg om veien til kunnskap og om muligheten til å vinne innsikt. Det dreier seg om en grunnleggende holdning (*bildung*), det handler om å finne det grunnlaget som er for innsikt og forståelse (*sensus*

²⁸ Dette vil avhandlingen diskutere nærmere i sammenheng med begreper som mot og ansvar, særlig med tanke på May (1988) som diskuterer psykologiske aspekt knyttet til vegringen mot å "se sannheten i øynene": Det er kanskje derfor årsaken til at "*ju mer vi omedvetet tvivlar på en föreställning, desto mer dogmatiskt kämpar vi för den i vår medvetna argumentering*" (ibid, 53). May diskuterer deres og vårt samfunns aktuelle "guder", nemlig konformismen og likegyldigheten (ibid, 27). Det er fordi dette disiplineres oss til ikke å gi oss i kast med eksistensielle spørsmål, fordi en som "kunstner" (slektens samvittighet) søker å forstå erfaringer, som er så motsetningsfylte, at vi nesten ikke orker å forholde oss til det: Shakespeare skriver om dette: "*Ja, sönderbruten tingens ordning själv, då tenker jag: Den som jag har så kär skall föras bort en gång på tidens älv. Den tanken liknar döden: Jag vill brista i gråt för vad jag har, men fruktar mista*" (her, ibid, 21).

communis), som bidrar til "horisontsammensmeltningen", som igjen er grunnlaget for tolkning (*judgement*) og hvor godt skjønn (*taste*) kan utvises.

Denne studiens epistemologi, vil også fremheve applikasjon (*application*) som et sentralt begrep. Applikasjon bidrar til forståelse fordi begrepet er knyttet til "virkningshistorien". Denne representerer en innsikt i det som har skjedd: "*Det verkningshistoriska medvetandet är snarare ett moment i själva förståelsesprocessen, redan verksamt, som vi skall se, vid den rätta frågans tillägnelse*" (Gadamer 1997, 149). Dette understreker og knytter an til spørsmålets betydning i erkjennelsesveien. Samtalene med informantene og egen deltagelse i den empiriske studien søker å gjenspeile spørsmålets betydning som en grunnholdning i denne utforskningen.

Gadamers hermeneutikk søker en annen type forståelse enn å skulle forstå forfatterens intensjon med det han engang formulerte. Gadamer problematiserer en slik forståelse, som var Schleiermachers posisjon. Det er heller slik, sier Gadamer, at teksten "*produserer*" ny kunnskap og nye innsikter hos leseren, som er opptatt av "*the truth of what is said*" (Gadamer 1989, 297) og derfor er "*a text [is] not understood as a mere expression of life but is taken seriously in its claim to truth*" (ibid, 297). Dette innebærer en mulighet for teksten som "*medium*" i å fremstille kunnskap og innsikt av allmenn karakter, og som ikke begrenses av kontekst, som en forfatters intensjoner eller det samfunnet han var en del av.

Hermeneutikkens posisjon er som å befinne seg i et dilemma mellom fremmedhet og nærhet (*familiarity*). I denne spenningen er ny forståelse mulig å finne. Dette er hermeneutikkens oppgave å fremskape denne spenningen; "*The true locus of hermeneutics is this in-between*" (ibid, 295).

Kunnskap og innsikt begrunnes og gyldiggjøres, mener mange, ved at den er kontekstspesifikk. Ut ifra dette vil det være nødvendig å ta opp forholdet mellom kunnskap av allmenn karakter og hva det betyr når vi sier at kunnskap er kontekstspesifikk. Dette berører synet på epistemologi, forholdet mellom subjektivitet og objektivitet, generaliserbarhet og evidens innen humanvitenskapene. Disse spørsmålene utdypes videre i tilknytning til en nærmere metodisk gjennomgang av den empiriske delen av avhandlingen

4.2.1 Hermeneutisk tolkning – metodologiske refleksjoner og studiens metodiske gjennomføring

Studiens metode²⁹, er tolkning av ulike tekster. Dette gjelder både det teoretiske materiale og det empiriske materiale.

I lys av Gadamer's hermeneutiske perspektiv, er det problematisk å beskrive en konkret metode med utgangspunkt i hermeneutikken, siden det ifølge Gadamer, ikke finnes "en hermeneutisk metode". Forutsetninger for forståelse, er hermeneutikkens anliggende. Metoder søker å virkeliggjøre hermeneutikkens intensjoner og epistemologi, slik de er redegjort for over og som skal utdypes i det følgende. Begrunnelsen for det er å gi legitimitet til de argumentasjoner og tolkninger som gjøres i studien.

Gadamer (1989) skriver om hva en tekst kan si noe om: Forfatter av en tekst er i en unik situasjon historisk sett. Nutidig innsikt er blant annet betinget av historisk distanse og leserens forståelse av en hendelse. Dette gir mulighet for ny og annen innsikt om det som studeres. Denne innsikten er annerledes enn forfatterens egen forståelse av teksten han en gang skrev:

"Not just occasionally but always, the meaning of a text goes beyond its author. That is why understanding is not merely a reproductive but always a productive activity as well. ...(...)...It is enough to say that we understand in a different way, if we understand at all" (ibid, 296).

Tekstgranskningens hensikt er å forstå hva teksten taler om, hva en kan forstå annerledes eller hva som er tekstens mening (Jf. Kvale 2001, 141ff). Gadamer (1989) mener leseren alment søker å forstå teksten mening og signifikans og forsøker å knytte det til situasjoner som for leseren gir mening for ham; *"He must relate the text to this situation if he wants to understand at all"* (ibid, 324). For det er som Gadamer sier:

"Our understanding of written tradition per se is not such that we can simply presuppose that the meaning we discover in it agrees with what its author

²⁹ Utforskningen søker på alle nivå å være forenlig med hermeneutikkens epistemologi, som nå er redegjort for på et overordnet plan. Det er like fullt nødvendig å konkretisere på hvilke måter denne studien er gjennomført. Studien redegjør videre konkret utforskningens gang.

intended. Just as the events of history do not in general manifest any agreement with the subjective ideas of the person who stands and acts within history, so the sense of a text in general reaches far beyond what its author originally intended” (ibid, 372).

Dette omhandler virkningshistorien som forankres i historien og kulturen. Dette innebærer at en får distanse til fenomenet, slik teksten en gang ble formulert, når det har gått lang tid fra det ble skrevet til det ble tolket. Og det innebærer fokus på saken som studeres

”Clearly it is quite exceptional for a passage to require interpretation; in general, a passage is immediately understood when one is familiar with the subject matter it deals with, whether one is reminded of it by the passage or one comes to know it only through the passage. Undoubtedly the important thing for understanding here is still understanding the subject matter, the substantive insight” (Gadamer 1989, 183).

Saken har et videre perspektiv utover konteksten. Saken er meningssøkende i vid forstand. I denne studien gis denne muligheten til innsikt gjennom ulike typer tekster gjennom et teoretisk perspektiv og et empirisk.

I møte med tekstene, muliggjøres innsikter gjennom ”hermeneutisk bevissthet” (*hermeneutical consciousness*) (jf ibid, 346ff). En slik holdning kjennetegnes av åpenhet. Den forutsetter evne til å stille spørsmål til datamateriale på en måte som åpner alle muligheter for svar; *”One must want to know, and that means knowing that one does not know”* (ibid, 363). Gode spørsmål muliggjør å bringe fram det som har betydning for saken en studerer. Det er en utfordrende oppgave, fordi det er vanskelig å være så åpen at en vil kunne klare å se alle perspektiver i en sak, fordi forståelsen er knyttet til kontekst, relasjoner, personlige interesser og egen forforståelse, eller annet som vanskeliggjør en *autentisk* dialog eller en ”hermeneutisk erfaring” (*hermeneutical experience*). Den hermeneutiske erfaring går utover en allmenn erfaring, for å kunne vinne den innsikten en søker. En slik innsikt synliggjøres gjennom Gadamers forståelse av humanismens grunnbegreper (dannelse, sunn fornuft, bedømmelse og smak).

Relasjoner innebærer en konstant *”struggle of mutual recognition”* (Gadamer 1989, 359). I forholdet til den andre, kan forventningen om å forstå den andre, ikke innfris, om ikke

forholdet oppfattes på den rette måten. En må forstå den andres annethet. Men om forholdet skal være gjensidig, må også anerkjennelse bety å anerkjenne seg selv og eget utgangspunkt.

Den andre er samtidig forskjellig fra en selv. Om en overfører egen forforståelse for å forstå den andre, så er man "... *involved in a false dialectical appearance...*" (ibid, 360). Da vil en ikke forstå noe på en ny eller annerledes måte; Dette handler om å ha urealistiske forventninger om hva det er mulig å oppnå av innsikt, når denne innsikten ikke søkes i relasjonen med den andre, men kun ut ifra eget perspektiv. Det er fordi relasjonen i seg selv er etisk. Gadamer (1989) sier dette så sterkt:

"A person who reflects himself out of the mutuality of such a relation changes this relationship and destroys its moral bond" (ibid, 360).

Dette forutsetter kunnskap om hva det vil si å ikke vite ("*the knowledge of not knowing*") (jf. ibid, 362). Å tolke innebærer å stille spørsmål til datamateriale som innebærer å bringe fram i åpenhet (ibid, 363) det tradisjonen kan formidle av innsikt. I dette ligger virkningshistorien: "*Det historiska interessen riktar sig inte bara mot historiens fenomen eller traditionens verk utan i andra hand också mot deras efterverkningar i historien...*" (Gadamer 1997, 147).

Dette synes å være en paradoksal "ferdighet" i hermeneutikken; En skal stille kritiske spørsmål til hva en kan forvente å få svar på. Derfor sier Gadamer at en ikke må vite på forhånd hvilket svar som er gitt å få (jf. Gadamer 1989, 363). Spørsmålet er derfor viktigst, fordi det gir muligheten til å bringe fram nye ting ("*...that thing can be broken into open...*" ibid, 363). Det er også tolkningen utfordring; Hvilke spørsmål kan stilles til det som kommer til uttrykk i datamateriale?

Spørsmålet forutsetter åpenhet, men samtidig har spørsmålet sine begrensninger (*limitation*). Disse begrensningene har å gjøre med å kunne fremstille klart de forutsetningene som gjelder for spørsmålene (*presuppositions*). Eller det motsatte; Hvis en ikke gjør klart de forutsetningene som gjelder, så er det heller ikke mulig å trekke noen konklusjoner ut ifra spørsmålet som ble stilt. En grunnleggende utfordring i denne forskningen, er derfor; I hvor stor grad har en vært villig til å sette spørsmål ved spørsmålene eller premissene for studien? Derfor er forforståelsen viktig, fordi forforståelsen kan gi en pekepinn om hvorfor og hvordan spørsmål stilles.

Hermeneutikken har derfor sitt grunnlag i dialogien, gjennom å stille spørsmål og gi svar. En slik tilnærming er grunnleggende for hermeneutisk forskning. Samtidig er en opptatt av forforståelsen, at ulike forståelseshorisonter møtes i en horisontsammensmeltning. Dette gir anledningen for å finne rimelige tolkninger ut ifra det grunnlaget som er lagt i datamateriale³⁰.

Tolkningsprosessen:

Studien inkluderer både et teoretisk og et empirisk datamateriale. Teoretisk materiale tar utgangspunkt i utvalgt litteratur, den empiriske datasamlingen har observasjon og samtaler som utgangspunkt. En overordnet metodisk struktur til hjelp for tolkningsarbeidet, både for det teoretiske og empiriske datamateriale, er gitt gjennom Kvaales (2001) tre tolkningskontekster.

For at dette skal bli tydelig og konkret, skal følgende sies om den metodiske framgangsmåten:

Tolkning i relasjon til det teoretiske materiale:

Det teoretiske materialet er utvalgt for å belyse problemstillingen. Begrunnelsen for kildeutvalg gjøres fortløpende der begrepene behandles. Redegjørelsen er så omfattende som nødvendig for å gi denne studien et teoretisk materiale til drøfting av problemstillingen, men påvirkes av forskerens forforståelse (forståelseshorisont). I dette inngår de ontologiske forutsetninger (menneskebilde og helsebilde), epistemologiske overveielser, den etiske fordring og mitt syn på profesjonsfaget sykepleie. Denne forståelsesprosessen er som en hermeneutisk prosess – en hermeneutisk spiral. Ulike tekster gir nye innsikter gjennom å stille nye spørsmål og gi nye svar. Hvordan dette har gått til, er vanskelig å beskrive i detalj. I gjennomgangen av begrepene mot, offer og ansvar diskuteres fortløpende sentrale innholdskomponenter i lys av begrepenes etiske relevans. På denne måten utgjør det teoretiske datamateriale viktige utgangspunkt for den videre diskusjonen i studien.

³⁰ "Thus interpretation always involves a relation to the question that is asked of the interpreter. To understand a text means to understand this question. But this takes place, as we showed, by our attaining the hermeneutical horizon. We now recognize this as the horizon of the question within the sense of the text is determined" (Gadamer 1989, 370).

Tolkning i relasjon til den empiriske datamateriale:

Avhandlingen har i det foregående begrunnet empiriens relevans for studiens hermeneutiske design. I gjennomføringen av studien har jeg valgt å gå mest mulig åpent ut i møte med klinikken. Det var et uttrykt ønske å kunne se, erfare og samtale om studiens tematikk med sykepleiere som møter eksistensiell tematikk hos pasientene og hos seg selv.

Selv om jeg var ”farget av” begrepene ansvar, mot og offer, ble ikke disse begrepene så styrende for mitt blikk (”sökandet”), dels fordi det ikke er studiens hensikt å utforske begrepene i seg selv. Hovedsiktemålet var å beskrive og reflektere over deres erfaringer i å møte med pasientens eksistensiell fordringer. Fordi sykepleiens yrkeskontekst var en viktig del av denne studiens empiriske kontekst, ble det viktig å forstå hvordan sykepleierne tolker sitt ansvar som yrkesutøvere. På denne måten var ansvarsbegrepet viktig, som et orienteringspunkt for hvordan ansvaret konkret forstås og ivaretas.

Denne delen av studien ble gjennomført som beskrevet i studien, gjennom løpende refleksjoner, som også bar preg av å være de første tolkningsforslag av hendelser og utsagn. I denne fasen gjenkjennes de to første av Kvaales (2001) tre tolkningskontekster. For å kunne være mest mulig tro mot informantenes egne ord, anvendes direkte sitat fra hva de sa. Dette ga datamateriale for tolkningsforslag og antagelser som resultat av den empiriske delen av studien. Disse resultat er så videreført som en del av grunnlaget for sluttdiskusjon i kp 8 og 9.

4.3 Forskningens etiske hensyn (1)

Overordnede forskningsetiske begrunnelser for studien knyttes til argumentasjonen om hvorvidt studien kan legitimeres som et vårdvitenskapelig anliggende og bidra til denne vitenskapens kunnskapsutvikling. Studien er også et bidrag til kunnskap som er nyttig for samfunnet, fordi den undersøker forhold som fremmer den caritative etikken, i denne sammenhengen i en helsefaglig kontekst.

De konkrete forskningsetiske begrunnelser vedrørende gjennomføringen av selve studien gjøres i forbindelse med empirisk del kapittel 7.1.

Å kunne svare på noe som ikke er besvart før, er et viktig kriterium for vitenskapelig virksomhet. De humanistiske vitenskapene utfordrer denne forskningsambisjonen på en spesiell måte. Denne studiens essens har i en forstand slektskap til tematikk som er studert til alle tider. Spørsmål om mening–meningsløshet, godt–ondt, rett–galt er ikke spesifikk vårdvitenskapelig tematikk. Men spørsmål knyttet til ivaretagelse av pasienten, hans krenkbarhet og hva som fremmer menneskets verdighet i møte med det meningsløse i en sykdomskontekst, er en applikasjon av tidløs tematikk inn i dagens konkrete helsevirkelighet. Det er denne innfallsvinkel som legitimerer denne studien, fordi dette er det vårdvitenskapelige perspektivet. Med dette som bakgrunn vil jeg i det følgende redegjøre for den vitenskapelige hensikten som i sin tur gir den samfunnsmessige begrunnelsen for studien.

Studien bidrar også til en personlig skolering, som igjen styrker vitenskapsmiljøets kompetanse. Dette er et personlig perspektiv, men også et samfunnsperspektiv, fordi relevant kunnskap gir legitimitet til vitenskapelig arbeid. Dette gir også et poeng for denne studien, fordi det her ikke bare er et spørsmål om hvilken faglig kompetanse som utvikles. På en spesiell måte vil denne studien synliggjøre at kunnskap i seg selv ikke nødvendigvis medfører handling og fremmer verdier. Kunnskapen kan være ”død”. Denne studien diskuterer hva som gjør at vi handler ut ifra kunnskap og verdier. Først da får kunnskap praktisk betydning. Slik kunnskap er i sin natur etisk og på en grunnleggende måte integrert i personen som handler.

På en slik måte kan studiens forskningsetiske relevans begrunnes, fordi tematikken er nyttig for hvordan moralsk kunnskap kan komme til anvendelse. I dette er vårdvitenskapens vitenskapelige ambisjon sentral. Forskningsetisk sett er det et viktig poeng hvorvidt denne studien svarer på denne ambisjon om hva som fremmer det vårdande og kan lindre pasientens lidelse i møte med sine eksistensielle spørsmål.

5 Den etiske fordring

Den etiske fordring fremkommer i situasjoner der mennesker møtes og en skal kunne finne ut av hvilke forventninger som legitimt kan knyttes til denne relasjonen. I omsorgsrelasjoner utfordres særlig fenomen som integritet og krenkelse. Den caritative etikken angir grunntonen og verdigrunnlaget for denne relasjonen. Den etiske fordring bidrar i denne studien til å oversette dette grunnlaget inn i en konkret vårdande kontekst, ved å klargjøre den funksjonelle siden ved det som prinsippielt ligger i den caritative etikken. Løgstrups bidrar til oversetting av det etiske anliggende (den caritative etikken) inn i det konkrete, samtidig som han på sin måte, utlegger en tenkning om det etiske, som retorisk kan synes ulikt den caritative etikken, slik Eriksson beskriver den (jf. Eriksson 1990). Studien mener disse perspektivene er forenlige, og de vil her ha en litt ulik funksjon i lys av denne studiens tematikk.

Den etiske fordring (jf. Løgstrup 1999) anvendes

(1) for å underbygge og utdype en argumentasjon om praktisk anvendelse av studiens overordnede etiske perspektiv – den caritative etikken.

(2) for å begrunne pasientens eksistensielle spørsmåls legitimitet innen den caritative etikken, som en fordring som skal ivaretas, og

(3) for å kunne argumentere for forbindelseslinjer mellom den caritative etikkens betydning og en konkret yrkesvirkelighet - som "*en etisk akt*", som sammenbinder det ideelle ("den etiske fordring") og den konkrete virkelighet ("pasientens eksistensielle fordring").

Etikkens utfordring er å gjenkjenne fordringen i virkeligheten, som en bønn om hjelp. Dette kapitlet skal nærmere redegjøre for på hvilke måter dette kan skje.

Mennesker står i et forhold til andre og er på en eller annen måte forpliktet overfor hverandre; Den caritative etikken søker å uttrykke barmhjertighet for den som er i behov av hjelp og nødvendig underhold uten gjenyteelser. Den er begrunnet i en berørthet for den nødstedte og dennes bønn om hjelp, knyttet til caritasmotivet, slik det blant annet er gjort rede for hos Eriksson (1990). Barmhjertighetens utgangspunkt er kjærligheten (caritas). Denne

kjærlighetens appell eller kall er det *"som har odlats i vårt inre och kommer till uttryck som någonting naturligt hörande till vårt väsen"* (Eriksson 2003, 23)³¹.

Med dette utgangspunkt ble ikke veien til Løgstrups bidrag til etisk refleksjon lang. Han har hatt en sentral rolle i etisk tenkning i Norden og preget etikkdebatten i så måte. Hans tenkning tar utgangspunkt i relasjonen som er sentralt i alle omsorgsfag som begrunner sine spesielle anliggender i møte med pasienten. Dermed gir Løgstrup et interessant etisk perspektiv på relasjonen, særlig når den ene er i behov av hjelp og den andre skal hjelpe.

Gjennom lesning av hans tekster oppfattes barmhjertighet og omtanke for nesten å være begrunnet innen samme paradigme som vårdvitenskapen og den caritative etikken³². Men han gir den en litt annen språkdrakt, som utdyper dette etiske perspektivet og kan bidra i applikasjonen av den caritative etikken ethos inn i en konkret virkelighet.

Det er en plikt å hjelpe andre som har behov for hjelp. Det å akseptere etiske dilemmaer som en realitet og det å kunne se kompleksiteten i menneskelige relasjoner., også i hjelperelasjoner³³, har vært en utfordring i min egen etiske dannelse³⁴

Derfor har det i denne studien også vært viktig å finne argumenter som kan bidra til og som kan problematisere egen for forståelse og etiske argumentasjon; Hvordan skapes dynamikk som bidrar til refleksjon og utfordrer egen forståelseshorisont? Løgstrups tenkning gir mulighet for å utfordre et pliktetisk og naivt³⁵ utgangspunkt. Ikke minst har egne erfaringer i møte med andre menneskers valg og preferanser, utfordret egen tendens til å gi raske svar. Andres erfaringer utfordrer egen forståelse. Denne har vært under påvirkning som synes lik som en hermeneutisk prosess. En konsekvens at dette, er at refleksjonsrommet utvides, fordi en tvinges til å stille nye spørsmål.

³¹ Omtanke for andre kan foreleses, framelskes og i en viss forstand læres.

³² Dette perspektivet løftes fram i diskusjonen om fellesskapets betydning for vårdandeten. Dette er uttrykk for vårdvitenskapens ethos og inngår i denne vitenskapens kunnskapsgrunnlag, skriver Lindström (2006, 63).

³³ ..som betyr at det ikke i alle spørsmål kan gis entydige svar om hva som rett eller galt, men en må gjøre en avveining av flere mulige valg for å finne den beste løsningen, omstendighetene tatt i betraktning.

³⁴ Den etiske dannelse fremmes av de samme prosesser som forutsetter en hermeneutisk erkjennelse (jf. Gadamer 1989).

³⁵ Naiv, i betydningen av å ha en for enkel oppfatning av forhold som er mer komplekse enn først antatt.

Etiske spørsmål blir heller ikke viktige som moralske anliggender, før de kan formuleres som dilemma mellom konkurrerende verdier³⁶ og kryssende interesser.

Løgstrup utfordrer tradisjonelle posisjoner om hva som er rett og galt, godt og ondt. Han begrunner etikken i lys av menneskeverdet og allmennmenneskelige behov. Etikdens legitimitetsgrunnlag flyttes til det fellesmenneskelige rommet. En slik tilnærming til den etiske refleksjon er, om på en annen måte, vanskeligere å komme utenom/tilbakevise, enn om en kun skulle vise til normer som ikke alle deler. Løgstrups utgangspunkt tar ikke utgangspunkt i dogmatiske posisjoner. Dogmatikk byttes ut med en refleksjon over hva som er fremmede for det gode, begrunnet i en allmenn humanitet. Dette almenne anses dog allikevel å romme den caritative etikdens verdigrunnlag.

Denne studien har ut ifra ovenstående begrunnelser benyttet ulike tekster som har betydning for å forstå viktige forutsetninger som betingelser for og kjennetegn ved etisk gode handlinger. Det er altså et forhold mellom internaliserte verdier i menneske selv og fenomen som utspiller seg (synliggjøres) **mellom** mennesker.

I denne kampen mellom det gode og det onde³⁷, fokuseres her hva det er som betinger gode handlinger: På hvilke måter påvirker de eksistensielle spørsmålene omsorgen for pasienten og dermed etikken? I denne sammenhengen aktualiseres disse av pasienten, som er "bærer" av fordringene, mens eksempelvis sykepleierne har et profesjonelt ansvar for å gi et svar på deres eventuelle anmodninger.

Når det gjelder relasjonens etiske fordring, kan den ha ulik karakter, avhengig av tid, sted og situasjon: *"I hver enkelt av dem er en særegen form for den kjensgjerningen som den radikale fordringen springer ut ifra"* (Løgstrup 1999, 132). Denne relasjonens status og kvalitet, blir

³⁶ Det finnes også en tendens til personlig å bli mer rigid, fordi en beskytter seg gjennom ikke å forholde seg til eller skjeme seg for nye og fremmede forståelsesmåter. Dette påvirker den etiske refleksjonen. Den etiske refleksjon forutsetter en åpen diskurs, selv om tematikken er aldri så personlig belastende eller utfordrende. For det er fristende ikke å ta inn over seg andres lidelse eller onde handlinger, fordi dette er vanskelig, smertefullt eller utfordrer ens eksistensielle repertoar.

³⁷ Uten å forklare oppkomsten av det onde, erfares den som en realitet på samme måten som det gode kan erfares. Derfor kan en si at mennesket forholder seg til gode og onde krefter og utkjemper en kamp mellom godt og ondt, i og rundt seg.

en avgjørende premiss for vurderingen av det som er etisk relevant:

Vi kan ikke velge etter eget forgodtbefinnende om vi vil leve i ansvarlige forhold eller ikke; den enkelte befinner seg i slike bare ved å være til. (Ibid., 132.)

Hvordan relasjoners betydning begrunnes forsterkes ytterligere gjennom følgende parallell til Husserls posisjon, slik den er referert hos Nortvedt (1996):

There is an unconditional "You ought and must" be directed towards the person, and the one who experience this absolute affection is not submitted to a rational justification and is not dependent on its rightful obligation. This (affection) goes beyond all rational analysis, even where this is possible. "I should sacrifice myself if I acted differentl", "I should never forgive myself", thus the whole justification sounds here. "The child's pain and woe is my pain and woe" is not the right word here. It goes beyond my pain and woe, I can choose not to care for my pain and woe, but not my child's. My child's wellbeing rests on me; I am responsible for it, to help is "an absolute demand". (Husserl, 1916–17, 33, her Nortvedt, 1996, 58.)

Argumentasjonen for den andres nødvendige ivaretagelse synes å være begrunnet i en objektiv "selvfølgelighet" fordi relasjonen i seg er forpliktende, ikke ut ifra et normativt utgangspunkt, men ut ifra situasjonens appell for å få imøtekommet legitime behov. I dette ligger vår ansvarlighet. Forholdet til og omsorg for barn er her modell. Slik omsorg strekker seg svært langt – den er uten grenser (*an absolute demand*).

På tross av et tilsynelatende jovialt forhold mellom en hjelptrengende og en hjelper er det også et kamuflert maktforhold. Et eksempel på det kan være "*pleielidelse*" (jf. Eriksson, 1999). Det kan ha vært omsorg "i beste mening", men på tross av gode intensjoner opplevdes hjelpen krenkende av pasientene.

Men det er ikke slik at de som skal hjelpe, vil eller ønsker å ignorere pasientens behov og begjær. Snarere tvert imot. Men nettopp i disse gode motiver finnes en mulighet for ikke å se den andre som en likeverdig og meningsberettiget part, eller overskue pasientens egentlige ønsker, fordi en ikke forstår fordringens innhold.

Et hjelpeforhold er et mulig konfliktforhold, fordi det er så mange utfordringer knyttet til å være ”hjelpetrengende” og det å kunne gi hjelp på en god måte.³⁸ Konflikter oppstår når vi ikke forstår hverandres situasjon. I et hjelpeforhold er det viktigst å forstå pasientens faktiske og følelsesmessige erfaring av egen situasjon.

Det betyr at konfliktforholdet kan være usynlig. Det kan være kamuflert i en lett konversasjon om trivialiteter og praktiske spørsmål. Den som hjelper må mobilisere varhet for å forstå den andres tilstand og situasjon. Denne forståelsen vil si innsikt i pasientens selvforståelse av eget liv og identitet. En slik kunnskap er avgjørende for hva som er etisk relevant, fordi den gir mulighet til å forstå pasientens sårbarhet og krenkbarhet

Løgstrup diskuterer noe som kan bidra til viktig innsikt i dette for å komme litt nærmere en forståelse av hva som skjer i intime relasjoner. Det kan være i forhold mellom mennesker som inngår i en samhandling, i familiær forstand, eller i hjelperelasjoner, som også representerer en type intimitet: *”I konflikter forskyves vekten fra det saklige til det personlige”* (Løgstrup, 1999, 63). Bakgrunnen for denne bevegelsen gjøres rede for i det følgende: Det saklige og det personlige er alltid til stede samtidig, men vektingen av det varierer, avhengig av hvor ”personlig” forholdet er mellom de to. Dette fører til en gjensidig forståelse, særlig med tanke på hvordan forholdet skal være mellom saken og relasjonen. Dette (altså normene som regulerer hva denne gjensidigheten skal baseres på) er å betrakte som en *”livsforståelse”*, sier Løgstrup. Og han sier videre: *”Den enhet og konstans som bundetheten gir den enkeltes vesen, betyr på samme tid at man kan stole på ham – og komme i konflikt med han”* (ibid., 62). Ofte sier vi at vi må skille sak og person når konflikter skal løses eller unngås. Vi er bundet til hverandre som et stabilt faktum, men samtidig er denne bundetheten basert på implisitte normer, som må regulere våre forventninger om forholdet mellom nærhet og distanse – mellom sak og person. Det er et faktum at det er vanskeligere å forholde seg til saken om relasjonene er intime.³⁹

³⁸ Mark Twain har sagt: ”En god gjerning går aldri ustraffet”, og Oscar Wilde sa: ”Jeg vet ikke hvorfor han hater meg slik – jeg har jo aldri prøvd å hjelpe han” (her Heap, 1990).

³⁹ Følelsenes legitimitet i diskusjoner synes å ha stor betydning. Ofte synes følelsenes argumentative styrke å ha større gjennomslagskraft enn saklige argumenter. Derfor er det trolig en nøye sammenheng mellom krenkbarhet og intimitet, fordi intimitet representerer følelser som aldri er likegyldige.

Intimitet er vanskelig, kanskje fordi det utfordrer en personlig. Samtidig er det dét mennesket søker og lengter etter. Intimitet representerer et grunnleggende menneskelig fenomen, fordi den er et element av kjærligheten. Men løsningen når intimitet blir vanskelig, er ikke å late som om den betyr mindre enn den gjør (f.eks. ved å gjøre viktige saker uviktige eller si ”det var ikke noe”), for på den måten å gjøre seg selv mindre sårbar. En kan forsøke å gjøre seg mindre sårbar ved å ”*la det personlige forholdet arte seg uformidlet,*” sier Løgstrup. Det fjerner imidlertid ikke konfliktstoffet: ”*Tvert imot, det uformidlede forhold er bare i enda høyere grad ladet med konfliktstoff*” (ibid., 62). Fristelsen er altså å gjøre seg selv mindre sårbar ved å late som om en person eller situasjon ikke betyr så mye. Men det er å lure seg selv.

Intimiteten er utfordrende også i de profesjonelle forholdene. Selv om intimiteten da har et annet preg enn i de private relasjonene, kan andres liv bli nærgående og utfordrende, selv om en i hjelperelasjonen har (bør ha) en annen betydning enn i en familierelasjon.

I forhold som er konfliktfylte (eller som kan bli det), kan det bli nødvendig, for å unngå eller løse konflikten, ”å *la norm og en livsforståelse gå imellom for å bære vekten*” (ibid., 63). Det betyr at det må etableres en felles norm som må ha forrang for alle involverte parter. I en relasjon som har definert (formelt eller uformelt) den som har makten, vil det derfor være avgjørende hvordan denne makten formidles og utøves. Det er tross alt den som har ”maktmidlene” som har et særlig ansvar for forvaltningen av makten. Hvordan skal så denne makten forvaltes? Løgstrup skriver:

Å forstå normen og være innforstått med den uten å oppfatte den som om man selv hadde satt den, å gå inn for den på en slik måte at ens håndhevelse av den bare er måter man selv bøyer seg under den på, er å være bundet til normen i en samtidig distanse til den. (Løgstrup, 1999, 63.)

Dette er en væremåte, kjennetegnet av ydmykhet, der det saklige innholdet i en konfliktfylt situasjon er i fokus. Det er det som skal legitimere beslutninger som alle i situasjonen er bundet av. Dette ”saklige innholdet” kan være pasientens bekymring over livet som er alvorlig truet gjennom sykdom eller skade.

En slik væremåte innebærer, eller forutsetter, at en er forsonet med eller aksepterer seg selv som person. Forsoning⁴⁰ inngår som en forutsetning for maktens dynamikk og destruktivitet. Forsoning er en forutsetning for å unngå maktens destruktivitet. Dermed får forsoningen konsekvenser for menneskelig samvær, enten det foregår i egen privatsfære eller i det offentlige rommet. Det avgjørende er hvordan personen selv evner å forvalte normene som gjelder for situasjonen.

Personalistisk filosofi understreker og underbygger betydningen av å være en person som har integrerte holdninger og verdier (Monsen, 1987). Eriksson & Lindström (2003) skriver også om sider ved vårdvitenskapens etos, som handler om mennesket som bærere av kultur og tradisjoner for å kunne bringe videre visjonen i den caritative etikken. Visjonen må virkeliggjøres i det konkrete livet. Det er etikkens oppgave å redegjøre for hvordan det kan skje. Da blir en også i bedre stand til å forstå hva som skjer når visjonene ikke realiseres.

For å komme videre i konflikter eller forsones, må en vite hvordan en kan løse opp vanskelighetene. En slik vei beskriver Tillich (1963). Den berører dype motiver knyttet til relasjonen: "... *the acceptance of the message that we are accepted, is the motive of moral action*" (ibid., 54). For å svare med Løgstrup (1999), så handler det om å forstå hva "*distanse til normen*" betyr. Han skriver:

Og nå den distansen til normen som man skal iakttas for andres del – hva består den i? Spørsmålet blir aktuelt i konflikttilfellet der man opplever at den andre har handlet i strid med normen. Her består distansen i at man ikke bruker normen til å gjøre ende på den andre. Han likvideres ikke. Handlingen hans dømmes riktignok, i den grad den var i strid med normen. Distanse betyr imidlertid at man lar den andre selv være noe annet og mer enn sin handling, slik at det i dommen man feller, eller i protesten man uttrykker, er vilje til kommunikasjon med ham om normen. Det er vilje til å få ham med. Akkurat som det er vilje til å skape rom rundt ham i hans forhold til normen, fordi det er frivillig man vil ha ham med. I møtet om normene, hvis man selv avstår fra å legge beslag på dem og fra å bruke dem som en giljotin å henrette den andre på, har kjærligheten sin sjanse. (Ibid., 63–64.)

Det Løgstrup her uttrykker, innebærer en holdning til andre og konkrete handlinger som synliggjør denne holdningen. Men det er en kunst å være uenig ("*dømme handlingen*"), samtale om normen ("*uttrykke vilje til kommunikasjon*") og skape rom rundt personen på tross

⁴⁰ Forsoning er utdypet i kapittel 6.

av uenighet om normen.⁴¹ En forutsetning for at dette skal kunne skje, er at den andre erfarer en frivillighet (eller frihet). Frivilligheten må, slik det kommer fram her, være reell og opplevd som et ønske om å ville den andre det beste. Men det er berettighet å spørre: Er det mulig å formidle, på en troverdig måte, at en vil den andre det beste, når det går på tvers av egne synspunkter, preferanser eller følelser?

Dette beskriver en komplisert dynamikk mellom to parter – mellom intimitet og romslighet. Intimitet og romslighet synes å være paradoksale, uforenlige motsetninger. Hos Løgstrup diskuteres kjærlighetsforhold, med eksempel fra relasjonen mellom mann og kvinne.⁴² Det er et tilsvarende nærhet/avstandsforhold i alle relasjoner mellom mennesker. Intimitetens grenser er i alt menneskelig samkvem stadig gjenstand for avveininger, og kan derfor forstås allmennmenneskelig:

I samme grad som man finner kjærlighetsopplevelsen forenlig med en forståelse av tilværelsen som skjenket den enkelte, i samme grad må kjærligheten nødvendigvis ytre seg i romslighet. [...] I samme grad som kjærlighetsopplevelsen lar det stå åpent å forstå det andre mennesket og den gjengjeldte kjærlighet som mottatt, blir det naturlig å la den andre være en fri person og ikke gjøre intimiteten til et fangenskap. (Løgstrup, 1999, 58.)

Mennesker løser dilemmaet mellom intimitet og frihet på mange måter, avhengig av mange forhold. Det har å gjøre med personlige verdssystemer om hvilke forventninger en har til hva en relasjon skal være. Løgstrups berømte sitat (under) uttrykker et utgangspunkt, nemlig at vi ”er hverandres verden og hverandres skjebne”. Denne gjensidigheten har også sine grenser. Hva det betyr, blir viktig for å vite noe om fordringens innhold:

Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender. Det kan være svært lite, en forbigående stemning, en oppstemthet en vekker eller får til å visne, en tristhet en forsterker eller letter. Men det kan også være skremmende mye, slik at det simpelthen er opp til den enkelte om den andre lykkes med livet sitt eller ikke. (Løgstrup, 1999, 37.)

⁴¹ Likevel synes det å være en sammenheng mellom enighet og opplevelse av respekt. Noen oppfatter det respektløst om en ikke uttrykker enighet, særlig når uttrykk for uenighet innebærer kritikk av valg, livsførsel eller preferanser. En kan nesten si at krenkbarheten er proporsjonal med sårbarheten, om tematikken (normene) er av stor personlig betydning for den enkelte, eller oppleves kontroversiell. Krenketheten forsterkes ofte når uenigheten spilles ut i intime relasjoner.

⁴² Kjærligheten begrepsfestes på ulike måter. Den inkluderer også en erotisk side, som i denne sammenhengen ikke er sentral.

Hansen (1998) presiserer hva det er ”*en skal holde i hånden*”. For det første er en som pleier i en *bestemt konkret situasjon* med et annet menneske. For det andre er *ansvaret* for personen en møter, *begrenset*. Det er *noe* vi har innflytelse på, ikke alt.⁴³ Vi har heller ikke vår neste i vår ”*hule hånd*”, men vi skal ta hånd om ham. Det betyr at makten vi utøver, skal være til hans beste og på den måten uttrykke omsorg. På denne måten balanseres makten og omsorgen, samtidig som ansvaret er absolutt, fordi vi alltid er viklet inn i forholdet til den andre.

Et slikt forhold har etiske implikasjoner. For ytterligere å skjerpe dette etiske faktum, skjer den vanskelige samhandlingen i dette rommet – og det avslører oss, enten vi er i private relasjoner eller som omsorgspersoner. ”... *Øynene flakker og vi blir hjemløse,*” skriver Hansen (1998, 34). Når vi er avslørt, fordrer situasjonen på en spesiell måte at vi blir tatt imot av den/de andre. Ikke å imøtekomme en slik fordring, er en krenkelse, om en som omsorgsgiver ikke har sett pasientens sårbarhet. Det blir enda mer presserende å finne en god ”vei” gjennom dette. Løgstrup (1999) selv argumenterer (i lys av bl.a. Kant, som han mente hadde et for sterkt fokus på det selvstendige og det innbyrdes uavhengige (ibid., 44)) på en måte som gir muligheter til å forholde seg til bundetheten i det relasjonelle, og til å bevege denne relasjonen i en ny retning:

Viljen til å forstå hva som er best for den andre, og å uttale seg, tie og handle ut fra denne forståelsen, må være koplet til viljen til å la den andre være herre i sin egen verden. Fordringen om å ta vare på den andres liv som er prisgitt en – uansett hvilke ord og handlinger den måtte føre til – er alltid samtidig en fordring om å være uendelig tålmodig med den andre og gjøre sitt til at hans verden blir så rommelig som mulig. Fordringen er alltid på samme tid en fordring om å bruke den prisgittetheten den springer ut ifra til å sprengte den andres innestengthet og la blikket hans kjenne en videre horisont. (Ibid., 48.)

Forventninger er knyttet til relasjonen og handler om å bli tatt hånd om. Det er her en kobling til personlige egenskaper, som viljen er. Viljen har en klar funksjon. Den skal *frigjøre rommet rundt pasienten*, slik at muligheten som finnes i dette rommet for pasienten, kan nyttes. Dermed er vilje og frihet nødvendige elementer i en caritativ etikk.

⁴³ I så måte er Løgstrups kommentar om skyldfølelsen en nødvendig ledetråd: ”*Men vi skal ikke gå rundt og smigre os selv med, at vor person er så ufattelig betydningsfuld, at andre menneskers liv og skæbne sådan helt generelt afhænger af, hvordan vi nu finder det for godt at opføre os over for dem. Det er ren selvoptagethed, eventuelt forklædt som 'skyldfølelse'*” (her Hansen, 1998, 32–33).

Hva motiverer viljen som kan bidra til å skape dette frirommet for andre? For å se på viljens betydning, vil jeg først gå en liten omvei via gaveaspektet og hva de spontane livsytringene har av betydning.

Dypest sett starter det hele i kjærligheten (*caritas*), fordi ”*nestekjærligheten er fordringens innhold*”, sier Løgstrup (1999, 170), og den har to bestanddeler:

A. Den får sitt innhold fra en kjensgjerning, fra et forhold mellom menneske og menneske, som kan konstateres empirisk, nemlig at det ene menneskets liv er viklet inn i det andre menneskets liv. For fordringen går ut på å ha omsorg for det av den andres liv som er prisgitt en gjennom denne sammenviklingen.

B. Fordringen får sin ensidighet fra forståelsen av at den enkeltes liv er en vedvarende gave, så vi aldri kan komme i den situasjonen å kunne kreve noe til gjengjeld for det vi gjør. At livet er skjenket kan ikke fastslås empirisk, det kan man bare tro eller benekte. (Ibid., 148.) [...]

Det betyr for livet at vi skal leve det ”som skjenket ham”[...] og [...] den enkelte skal leve sitt liv i en vedvarende mottagelse av det. (Ibid., 173.)

Den caritative etikken begrunnes i det faktum at mennesker møtes og dermed står i et forhold til hverandre, samtidig som dette forholdet ikke begrunnes ut ifra noen annen hensikt. Et menneskeliv skal forstås som en gave og livet som skjenket. Erikssons (1999) bok om lidelsesbegrepet utdyper det Løgstrups her tar opp: På mange måter er lidelsen kjærlighetens motpol. Livet kan forstås i lys av kjærligheten og lidelsen. Gjennom denne motsetningen kan en bedre forstå substansen i nestekjærligheten, for å bygge bro over til omsorgen for pasienten. Noe av dette beskriver Eriksson (1999):

Til menneskets natur hører å tilgodese sine mest primære behov og begjær så lenge det er mulig. Når det ikke lenger er mulig for mennesket selv, er det dets rett at noen i den umiddelbare nærhet hjelper, ser behov og ønsker og griper inn uten at vedkommende behøver å be om hjelp. Å være nødt til å be om hjelp til de mest fundamentale behov, å oppleve at ingen ser og forstår hva man trenger, å oppleve ikke å være fullverdig menneske, er en lidelse. (Ibid., 37–38.)

Når mennesket kommer i en avhengig situasjon, ligger det i fordringen å kunne gi kjærligheten (nestekjærligheten) konkrete uttrykk, som en gave, som pasienten ikke må be om å få. Det å be om hjelp, er i seg en selvmotsigelse. Det samme sier Løgstrup (1999): ”... *det som fordres, er at fordringen ikke skulle vært nødvendig. I dette består dens radikalitet*” (ibid., 174). For det er slik at alle fordringer får, når den presenteres overfor en annen,

karakter av en utfordring. I så måte står kjærlighetens fordring i en særstilling, fordi et menneske kan ikke "... med kjærlighet sette seg opp mot en utfordring om kjærlighet" (ibid., 174).

Løgstrup gir et eksempel på hva kjærlighetens fordring *ikke* er:

Hjelpsomhet kan utmerket godt bestå i gjerninger som man kan si til seg selv at kjærligheten og dens vilje til kommunikasjon ville gjort, men som man gjør av alle mulige andre beveggrunner. For den saks skyld kan hjelpsomhet like gjerne brukes til å holde den andre fra livet. Hjelp kan gis av ren uvilje mot enhver kommunikasjon. (Ibid., 175-note.)

Intensjonenes betydning og hjelpsomhetens motiver, med tanke på hvordan de påvirker handlingen, skal en være oppmerksom på. Studien er klar over betydningen av den personlige karakter og hvilke verdier en bærer med seg. Det er åpenbart at dette vil kunne påvirke handlingen; både det at hjelpen kommer og formen den får. Med Løgstrupske termer kan en si at handlingens kvalitet avgjøres av om den er ekte eller uekte, eller om den er spontan. Dette oppfatter antakelig pasienten. De spontane livsytringene er i så måte en liketil beskrivelse av hva som gjør livet godt å leve, slik vi kan erfare og gjenkjenne det (Løgstrup, 1993, 17ff). Vi forstår livsytringene som gode *når de er spontane*. Det gjør vi blant annet fordi vi vet hva det motsatte er, som når tillit erstattes med mistillit. Men for å fremme omsorgens spontanitet, må en også gjennomskue hva som skjer når eksempelvis tillitsfulle relasjoner erstattes med forbeholdenhet, endog mistillit. Krenkelse skjer når livsytringene devalueres og ikke får rom, fordi livsytringene er uttrykk for genuint og ekte liv. Den "avhengige" personen i et hjelper-mottaker-forhold er spesielt utsatt for det. Det betyr ikke at hjelperen i et slikt assymetrisk forhold behøver være en despot, men heller at denne ikke har innsikt i hva det innebærer å være hjelpeløs og avhengig. En har heller ikke full innsikt i eget liv om hvordan en forholder seg i en slik situasjon.

En viktig premiss for spontane livsytringer er frihet. Dette er til en viss grad allerede berørt her. Jeg vender tilbake til temaet i forbindelse med studiens empiriske del. Men hva med sammenhengen mellom fordringen og de spontane livsytringene?

Tillit er en livsytring og en forutsetning for menneskelig samkvem (Løgstrup, 1999). Tillit skal forstås som en forutsetning for livet som "*kommer først i prinsipiell forstand; tilliden er*

simpelthen mer grunleæggende end mistilliden” (Hansen, 1998, 27). Derfor er det ikke slik at en kan sette tillit og mistillit som to likeverdige fenomener og trekke den konsekvens at ”Løgnen er det primære, og sandhed er ’mangel på løgn’” (ibid., 28). Hansen skriver videre:

For det andet er tilliden primær i metafysisk forstand, dvs. det der har med livets opretholdelse og mening at gøre: livet ville ikke kunne hænge sammen, hvis vi alle gik rundt og nærrede mistillid som udgangspunkt. (Ibid., 28.)

Løgstrup imøtegikk datidens kritikk om at han var naiv og ikke innså det ondes realitet. Hans etiske posisjon begrunner menneskets positive potensialer og omsorgsevne som universell og var neppe ukjent med ondskapen.

Martinsen (1993) henviser til Husserl som studerte konkrete situasjoner fenomenologisk og kritiserte en etikk som var basert på prinsipper og regler. Husserl formulerte den etiske fordring som ”... ubegrunnet og universell. Den erfares som en appell utgått fra den andre om å handle til den andres beste⁴⁴. Ut fra sine iakttagelser finner Husserl at morskjærligheten ikke er det primære og universelle, men derimot den appell som utgår fra barnet. Omsorgen som etisk appell er i sitt vesen universell” (ibid., 69f).

Omsorgen begrunnes her i kjærligheten, som en appell og et tilsvarende om å ivareta den andre, som en iboende human egenskap. Omsorg forutsetter nærhet, og er derfor en betingelse for det samme:

I nærhetsetikken er det personlige møtet og erkjennelsen av den andre uerstattelig viktig. Menneskene påvirker hverandre gjennom nærhet. Etikken er grunnet på omsorg og kjærlighet. Omsorg og kjærlighet leves i relasjoner. Den etiske fordring om å dra omsorg for hverandre kalte også Løgstrup for kjærlighet. (Martinsen, 1993, 72.)

Løgstrup forankrer denne kjærligheten i skapelsestanken (ifølge Martinsen, 1993). Den er også i sin natur universell. Martinsen trekker inn Noddings, som ikke har en slik forankring for moralen. I det følgende vil noen aspekter av denne ulikhet løftes fram, fordi det skal poengtere et viktig aspekt ved denne moralske forankring av den caritative etikken.

⁴⁴ ... som kan ses som en definisjon på en ”etisk fordring”. (Min note.)

Noddings er heller ikke alene om å ta avstand fra å forankre og knytte moralen til en religiøs kontekst. Det kan være interessant å spørre om en slik begrunnelse har betydning for moralen, eller om etikken ikke behøver en gudsdimensjon som grunnlag for en etisk begrunnelse. Slik Martinsen argumenterer, kan en si at det ikke er nødvendig, fordi begge (Løgstrup og Noddings) tar utgangspunkt i relasjonen mellom mennesker. Noddings' begrunnelse for ikke å trekke inn religionen som grunnlag for etisk begrunnelse, er at "... *religion kan kreve lydighet i forhold til regler og prinsipper som kan ødelegge omsorgsholdningen overfor mennesker*" (her Martinsen, 1993, 72). Dette samsvarer med Løgstrups tanker om å vise romslighet med hensyn til normen og ikke bruke den mot mennesker, samtidig som det er den (normen) som er saken, som skal være det en fastholder i vanskelige avgjørelser. Trolig er det i Løgstrups tenkning en normativ "bunn" eller et religiøst fundament – fordi Gud som alle tings skaper begrunner menneskeverdet.⁴⁵

Det kan være ulike synspunkter på hvilke implikasjoner disse to perspektivene har for etikken. Her skal det trekkes fram en konsekvens av forholdet mellom en situasjonsbasert etikk og en mer overordnet ontologisk begrunnet etikk, som illustrerer sammenhenger mellom et allment normgrunnlag og en situasjonsbasert vurdering.

Blum (1988) skriver:

Our personal attachments to others intensify our sense of the dignity of other persons, a sense of dignity which is ultimately grounded in an impartialist outlook. Thus husband's love for his wife intensifies and brings home to him more vividly her right to life, shared by all persons.

⁴⁵ Det er en sammenheng mellom et etisk alvor og troen på en gud. Gud som skaper bryr seg om sitt skaperverk. Denne omsorgen inkluderer på en spesiell måte menneskene. I en kristen forståelse er mennesket skapt i Guds bilde. Derfor har mennesket en gudegitt objektiv verdi. Menneskets evne til medfølelse begrunner ikke menneskeverdet. Menneskeverdet er gitt i og med at mennesket er skapt av Gud. Respekten for mennesket er derfor ikke begrunnet i personlige, subjektive preferanser andre måtte kunne mobilisere, men av menneskets objektive status i seg selv. Det er dette, som en holdning, som får konsekvenser for hvordan en oppfører seg overfor andre. Det kan også være slik at menneskets tilstedeværelse og "ansikt" i seg selv (i møtet med den andre) gir et så sterkt inntrykk at mennesket ikke behøver noen ytterligere begrunnelse for å bli tatt imot på en human måte, hjulpet og respektert. Uansett er følgende et forenende element: Vår subjektive opplevelse og erfaring av å være respektert, er i stor grad påvirkelig av andre menneskers måte å forholde seg på. Menneskeverdet kan i så måte begrunnes og erfares på flere måter, blant annet i et ontologisk og i et relasjonelt perspektiv.

[...] And it is better to act from impartial principle than care because, for example, impartial morality ensures consistency and reliability more than care or because impartialism is (thought to be) wider in scope than is care morality (covering impersonal as well as personal situations). (Ibid., 478, 479.)

Det synes, slik ovenstående sitat uttrykker, å være en sammenheng mellom en grunnleggende internalisert holdning og hvordan en forholder seg i situasjonen. Samværet med andre mennesker kan åpenbart langt på vei begrunne det etiske grunnlaget for hva som er viktig og riktig i situasjonen og hva som ligger i den etiske fordring, når konteksten er gitt som en omsorgsrelasjon (jf. Nortvedt, 1996). Men det er trolig slik at denne relasjonen konstitueres ikke bare gjennom situasjonen der og da, men gjennom hva den enkelte *bærer med seg* inn i situasjonen av normer og holdninger for hvordan situasjonen forstås og tolkes. I tillegg vil det være etiske spørsmål som har i seg et annet tidsperspektiv enn det å være knyttet til en konkret situasjon, tid og sted. Dette har også betydning for hvordan en vurderer enkeltstående situasjoner. Partikulære situasjoner og problemstillinger influeres av allmenne holdninger om rett og galt, urettferdighet, livets ukrenkelighet, respekt osv., slik Blum (1988) utlegger det over.

Dilemmaer kommer ofte til syne i marginale situasjoner, men kan også være mer skjulte eller gjemt. Dilemmaene kan liknes med å være i en kamp som pågår i den enkeltes indre – bevisst eller ubevisst. Men det arter seg ulikt fra menneske til menneske, fordi menneskene har ulike forutsetninger: Mennesket beveger seg på et kontinuum mellom å ha en motsetningsfylt eller motsetningsfattig natur. ”Hvad et menneske formår at forene i sig af polare holdninger siger noget om dets natur” (Løgstrup, 1993, 131). En forutsetning for å gjøre kvalifiserte etiske refleksjoner, er å kunne se motsetninger eller ulike interesser, perspektiver og konsekvenser. Persepsjonen og det personlige engasjementet i møte med etiske dilemmaer står i et proporsjonalt forhold til motsetninger i egen natur. Den personlige habitus påvirker evnen til å se dilemmaer i situasjonen, fordi en ser tilsvarende eller liknende dilemmaer i eget liv. Om en ikke kan det, vil en trolig forholde seg distansert og velge ikke å involvere/engasjere seg. Ut ifra dette er det en nær sammenheng mellom det personlige liv hos den som handler, og hvordan personen forstår situasjonens essens og velger å forholde seg.

Udstråler et menneske åndelig kraft, er det ikke, fordi det er et aggregat af diverse karakteregenskaber, men fordi dets karakteregenskaber, takket være personens natur, befinder sig i en modsætningsrig sammenhæng med hinanden. Det kan for eksempel være en forening af kompromisløshed og fordomsløshed. Den

fordumfulde kan sagtens være kompromisløs, han kan ikke andet, det går af sig selv. Men får kompromisløsheden ikke bevægelse i sig affordomsløsheden, stivner den og bliver til utdsalg af stædighed. (Løgstrup, 1993, 132.)

På tross av dette, eller som en forenende motsetning, søker mennesket harmoni i tilværelsen, men det må ikke bli i form av stivbenthet (*stædighed*). Derfor er det også en ”bevegelse” i den menneskelige natur, fordi det er ubehagelig å befinne seg i dilemmaer. Å være villig til å ta inn over seg det motsetningsfylte i tilværelsen, er en nødvendighet hos den enkelte, for å kunne gjøre gode etiske valg. Eksistensielle spørsmål er i sin natur ikke behagelige. Derfor sier han også at ”*vigtigere end et menneskes egenskaber er dets modsætninger,*” fordi det gir ”*sindet spænding og liv*” (ibid., 133). Trolig utvikler dette også vårt personlige mot, fordi denne spenningen kan sprengre grenser.

Løgstrups tankeunivers bidrar til å forstå hva det er som gjør at vi handler etisk. Hva som bevirker handling, er i stor grad betinget av motivasjonen. Motivasjonens kraft er forankret i den personlige etos. Men for at denne etos skal bli til handling, må viljen frigjøres. Derfor vender vi nå tilbake til viljen, fordi den har en viktig forbindelse til omsorgen.

Hansen (1998) diskuterer viljen i lys av Løgstrups tenkning. Om en kan forstå viljen, gis også muligheten til å forstå handlingen. Løgstrup skriver om viljen som et esel som ris enten av Gud eller Djevelen. Viljen er derfor ikke fri, men bundet, rettet mot noe bestemt ”... *og at være opsat på det*” (ibid., 129).

Derfor beskriver Løgstrup en ”*degageret*” (løsrevet) vilje og en ”*engageret*” vilje (forpliktet). For å anskueliggjøre dette, bruker han utroskap som eksempel. På tross av fortvilelsen over å ha vært utro (fordi en ikke ønsket det eller hadde villet handlingen), gjendriver Løgstrup denne handlingens paradokser, ved å vise til at mange av de små valgene som handlingen er satt sammen av, førte til utroskap. Derfor feiler viljen (her Hansen, 1998). Selv ikke viljen sikrer handlingen, nødvendigvis. For at viljen ikke skal feile, må en granske sine beslutninger og grunnlaget for disse, for ikke å ende i en situasjon som var uønsket, men som ”bare” skjedde. Det skjedde fordi handlingen ble en konsekvens av mange andre beslutninger gjort over tid (jf. Hansen, 1998, 130ff). Dette kan likne en form for determinisme, hvor en i situasjonen isolert ikke syntes en hadde noe valg. Men resultatet ble en konsekvens av mange andre forutgående valg. Derfor har etiske beslutninger betydning på kort sikt samtidig som

beslutninger av etisk signifikans også har i seg et langsiktig perspektiv. Poenget er at våre moralske valg ikke kan ses som isolerte hendelser, men har betydning for vår person i et livsløpsperspektiv.⁴⁶ Dette moralske grunnlag og mulige konsekvenser diskuteres videre særlig i kapittel 6.4.1.

Derfor hører omsorg og vilje sammen. Omsorg og vilje bidrar til å gjøre levende grunnlaget i den caritative etikken til å bli noe mer enn gode tanker om hva som er godt for mennesket. Omsorg er praktisk og konkret og har stor betydning for pasientens mulighet til å frigjøre sitt helsemessige potensiale. May (1983) viser til Heidegger som sier at ”omsorg er viljens kilde” (ibid., 291). Det understreker sammenhengen mellom omsorg og vilje.

For viljen er ikke en uavhengig ”evne”, eller en særskilt del av selvet, og vi kommer alltid ut i vanskeligheter når vi forsøker å gjøre den til en spesiell evne. Viljen er en funksjon av hele personen. ”Når den oppfattes fullt ut, omfatter omsorgsstrukturen selvets fenomen” skriver Heidegger.⁴⁷ Når vi ikke bryr oss om noe, taper vi vår væren, og omsorg er veien tilbake til væren. Hvis jeg bryr meg om væren, vil jeg ta vare på den og holde et øye med dens velferd. Men hvis jeg ikke bryr meg om den, vil min væren gå i oppløsning. [...] Vilje og ønske kan ikke være grunnlag for omsorgen, men heller omvendt: de bygger på omsorg.⁴⁸ Vi kunne hverken ville eller ønske, hvis vi ikke i første omgang var interessert, og hvis vi er ekte interessert, kan vi ikke unngå å ønske eller ville. Vilje er frigjort omsorg, sier Heidegger.⁴⁹ (Ibid., 291.)

Omsorg er et element i kjærligheten. Dette knytter an til Løgstrups forståelse av viljen, som forpliktet og engasjert vilje. Viljen har en forbindelse til omsorg – omsorg som viljens kilde. Omsorg kan igjen ses på som en kjærlighetsytring. Derfor er det naturlig å se på de suverene livsytringene som operasjonaliseringer av kjærligheten – som holdning og handling, fordi viljen er en funksjon av hele personligheten. Dermed er ringen sluttet: Viljen er et uttrykk for nestekjærlighet, samtidig som (eller fordi) den er motivert av omsorgen en selv har mottatt (en gang). Her ligger vårdvitenskapens fundament, motiv og (terapeutiske) betydning.

⁴⁶ Det inkluderer trolig også vår ”erotiske karriere”, på tross av gonadenes virkninger.

⁴⁷ Heidegger, 1962, 370.

⁴⁸ Heidegger, 1962. 227.

⁴⁹ Macquarrie, 1967, 82.

Denne kunnskapen kan være en begrunnelse for og en nøkkel inn til det eksistensielle rommet, der de vanskelige livsspørsmålene tematiseres. Muligens kommer ikke disse spørsmålene fram før dette "rommet" er fritt, uten baktanker – preget av de spontane livsytringer.

Livsytringene er også radikale. Det betyr at enhver baktanke er utelukket (ibid., 20), og de betegnes som suverene. Livsytringene kan derfor ikke underlegges andre formål enn seg selv. I det ligger spontaniteten. Løgstrup brukte barmhjertighet som eksempel, og Christoffersen (1999) omtaler dette på følgende måte:

Det øyeblikket vi er barmhjertige ut fra andre hensyn eller med andre mål for øyet, går det skår i barmhjertigheten. Er vi barmhjertige fordi vi ønsker å oppnå noe av den vi hjelper, fordi vi vil styrke vår egen troverdighet, eller fordi vi ønsker å sole oss i beundringen fra de andre, er vi ikke lenger barmhjertige. Barmhjertighet med baktanker er ikke barmhjertighet. Vi kan være barmhjertige, men vi kan ikke bruke barmhjertigheten til andre ting uten at den går i stykker. (Ibid., 24.)

For ytterligere å understreke en tradisjonell holdning – og egen forforståelse – om sammenhengen mellom normer og handlinger, sier Løgstrup at den moralske atferden ikke kommer som en konsekvens av normene. Men samtidig har handlingen en forbindelse tilbake til en normativ begrunnet etikk: "Det liv vi lever må allerede ha en eller annen form for moralsk innhold" (Christoffersen, 1999, 12). Altså er det ingen enkel, men likevel er det en sammenheng mellom et tradisjonelt normativt grunnlag og livsytringene som begrunnelse for handlingen.

Livsytringene kan ses på som et felles verdigrunnlag som er allmenne og gjelder for alle mennesker. De er ikke religiøse, men etiske og dermed relevante for alle. Derfor kan dette utgangspunktet ikke avvises fordi det er religiøst begrunnet. Livsytringene er unnværlige for alt menneskelig liv, som uttrykk for livets grunnvilkår: "Han [Løgstrup] spør etter livets grunnvilkår, det som nødvendigvis må være der for at livet skal kunne leves, det vi ikke kan unnvære uten at livet går til grunne" (Christoffersen, 1999, 26). Livsytringene er barmhjertighet, medfølelse, talens åpenhet, håp og tillit (Christoffersen, 1999, 22). Løgstrup (1990) begrunner livsytringenes selvfølgelighet ut ifra evnen til å være glad i seg selv, eller

ha selvrespekt. Slik en selv ønsker å bli tatt hensyn til, kan jeg også forstå det naturlige i å ta hensyn til andre. ”En skal elske sin neste som seg selv”:

... fra den kærlighed, som Du selv gør krav på, kender Du den kærlighed Du skylder det andet menneske. Med den elementære kendsgerning, at udfoldelsen af mit eget magtfulde selv forlanger de andres kærlighed, melder buddet sig til mig om at elske de andre. Og det spontant, så vist som jeg forventer, at den anden spontant elsker min livsudfoldelse. (Løgstrup, 1990, 23.)

Dette er en solidaritet som er logisk. En ønsker å ivareta den andres vel, like naturlig som vi tar hånd om personlige behov. Til og med kan en forvente at andre ”elsker min selvutfoldelse” – på samme måte som den andre kan få utfolde seg. Det blir samtidig en øvelse i raushet, som er en forutsetning for å kunne forholde seg *uten forbehold*. I denne uforbeholdne væremåten er livsytringene spontane, fordi de ikke kommer som en konsekvens av noe eller som en gjenytelse. Denne spontaniteten er så sterkt forankret at den er til stede allerede før situasjonen oppstår: ”Vi er fremadstormende i vore krav til de andre om at gå op i, hvad vi foretager os,” sier Løgstrup (1990, 23). Dette kan sammenholdes med og være en del av de forventninger vi naturlig har til hverandre, som også er logisk ut ifra det å ta vel imot andres selvutfoldelse.

Det ligger altså en legitim opptatthet av eget ve og vel i bunnen, som bunder i en anerkjennelse (erkjennelse) av eget menneskeverd. Da kan omtanken for den andre forankres to steder. Mennesker som ”elsker seg selv” vil også kunne elske andre, ikke bare som en konsekvens av den kjærligheten de selv mottar først, men fordi en allment har en forventning om å bli gjenstand for andres kjærlighetsytringer i så stor grad at en selv kan starte (være ”fremadstormende”) bevegelsen mot sin neste. Dette er naturlig, fordi ”det er en anvisthed på hinanden, der hører med til vor tilværelses indretning” (ibid., 23). Løgstrup henviser til kjærlighetsbudet som et bud som ”udspringer af den interdependens og den magt, som vi takket være den ikke kan undgå at have over hindanden. Buddet kunne vi derfor også give den formulering: Den magt, som interdependensen giver dig over et andet menneske, skal du bruge til dets bedste” (ibid., 23). Samtidig er det her et spørsmål om å være oppmerksom, fordi det ikke er lett å orientere seg i forholdet mellom en objektiv sannhet om eget og andres verd og den forpliktelsen vi kjenner på når andre har brydd seg, invitert eller på andre måter vist omtanke og oppmerksomhet. Det er grenser for hvordan en skal granske den personlige motivasjonen som uegennyttig og ikke motivert ut ifra eksempelvis skyld. Dette vil alltid

innebære prosesser henimot noen idealer, men som en aldri fullt ut kan nå. I så måte kan livsytringene oppfattes som ledestjerner for hvordan gode relasjoner bygges og vedlikeholdes. Mange relasjoner mennesker er i har ”mye å gå på” i henhold til idealet om spontanitet eller herredømmefri dialog. Det er to grøfter å gå i. Den ene handler om å resignere å ikke se nødvendigheten av å prøve, fordi det nytter ikke allikevel. Å drives av skyld og kronisk utilstrekkelighet er den andre. Ingen av disse holdningene bygger gode relasjoner. Den caritative etikken er i så måte ikke-krevende, ikke motivert av skyld, ei heller forventer den å ”få noe ut av” situasjonen. Den barmhjertige samaritanen reiste hjem når det ikke lenger var behov for hans tjenester.

Livsytringene motiver barmhjertigheten, fordi disse er herredømmefrie og uttrykkes spontant. Da blir barmhjertige handlinger tilgjengelige, konkrete og ikke-krevende på tross av alle ytre omstendigheter. Men om ”omsorg er viljens kilde” (jf. Heidegger), så må det bety at denne varheten for andres situasjon som lik min egen må næres gjennom omtanken fra andre. Mennesket lever i et stadig dilemma mellom personlige og andres behov. Dette dilemma påvirkes av hvordan vi oppfatter vår egne og andres situasjon, altså er det betinget av vår egen sensitivitet og evne til persepsjon. Denne sensitiviteten påvirkes av egen sårbarhet og personlige begrensninger. Disse igjen er betinget av mange forhold, i fortid, men også til livets marginale situasjoner, som de eksistensielle spørsmålene er, og som vi alle må gi våre personlige svar på.

Livsytringene gir oss muligheter, som vi kan benytte oss av eller ikke.

Tillid, oprigtighed, barmhjertighed avler nye muligheder, for den anden og for een selv. De holder liv i tilværelsens karakter af mulighed. Mistillid, uoprigtighed, ubarmhjertighed tenderer i retning af at berøve tilværelsen, den andens og ens egen, dens karakter af mulighed og gøre den til et tvangsforløb. Tillid er en mulighedsvedligeholdende mulighed. Mistillid er en mulighedsophævede mulighed. (Løgstrup, 1990, 24.)

Slik fortsetter Løgstrup om talen som livsytring (som et eksempel). Den forutsetter oppriktighet og åpenhet: ”Tale sammen kan vi kun i tillid til, at det sagte bliver taget op som det er ment. Er vi på vagt over for hinanden, snylter mistænksomheden på tilliden” (ibid., 25).

Dette gir innspill til betydningen av å fremstå konsistent gjennom væremåter som fremmer muligheten for andre og en selv til å snakke fritt og uten baktanker, fordi det ligger ingen føringer for relasjonen eller for samtalen som ikke er kjent. Etikdens oppgave må være å finne tillitens vilkår.

For å kunne forstå tillitens vesen, kontrasteres Løgstrups forståelse med Nietzsches. Han er opptatt av at godhetens impuls som en konsekvens av heller tvilsomme motiver:

Den andens uheld fornærmer os, fejhed eller afmægtighed ville det være ikke at komme ham til hjælp. Eller ville det gøre os æreløse. Eller vi må handle for at ikke livets farefuldhed og gebræklighed i den anden vanheld skal virke alt for pinlig på os. Det er en pine og fornærmelse af den art vi tilbageviser når vi kommer den fremmede eller fjenden til hjælp i nød; der kan derfor være en fin nødværge og også hævn i den handling, der tillægges medlidenheden. Aller klarest ser vi det, når vi kunne undgå synet af den lidende. Hvorfor gør vi det så ikke? Fordi vi får chancen til at optræde som de mægtigere og hjælpende, er sikre på bifald, på at få lejlighed til at fornemme vor egen lykke som modsætning til den rantes ulykke, eller fordi vor indsats måske vil rive os ud af vor kedsomhed. (Løgstrup, 1990, 28.)

Løgstrup gir Nietzsche både rett og urett. Det viktigste og mest sentrale her er argumentasjonen om det som er galt, nemlig hykleriet og selvbedraget. Nietzsche oppfatter tillit og kjærlighet som ”*tydninger av vor tilværelse*” (ibid., 30), som ikke reelle fenomener, men som illusjoner. Løgstrups (1990) poeng, slik jeg ser det, er at Nietzsche ikke har noe annet å ”tilby” enn avsløringene, og han skriver: ”*Han ser ikke, at midt i hykleriet mødes vi i hinandens tillid. [...] Han mangler sans for, at når vi trods alt hykleriet alligevel kommer så nogenlunde helskindede fra vort liv sammen, skyldes det livsytringer, som vi ikke skylder os selv*” (ibid., 31). Derfor ligger ikke Nietzsches avsløringer på samme plan som livsytringene. ”*Afsløringen tjener ikke en sandhed af ontologisk art,*” mener Løgstrup (ibid., 31).⁵⁰

Om livsytringene legges til grunn for menneskelig samvær, angir de også mål for det som kan anses å være sant menneskelig. Det gir andre perspektiv om en betrakter livsytringene som

⁵⁰ Det er her muligheter til å gå videre i en stor debatt om mennesket som enten godt eller ondt, eller begge deler. Løgstrup har vist at det går an å argumentere for at mennesket er godt (på bunnen) gjennom livsytringenes mulighet. At det gode også knyttes til menneskets eksistens som menneske i denne verden, gir håp for menneskets humanitet, men først og fremst som en mulighet til å vite hva som fremmer det gode, når utgangspunktet er mennesket selv. Nettopp derfor sier Løgstrup at livsytringene er født etiske.

grunnleggende for menneskelighet, enn å si de er en form for manipulasjoner eller uttrykk for naivitet. Fordringen er å ta vare på og fremme dette i en omsorgskultur.

Det etiske grunnlag fremsetter livsytringene som en mulighetsgivende forankring for etikken, som fremmer gode mellommenneskelige relasjoner. Dette anses også å være forutsetninger for å kunne forløse de eksistensielle tema i møtet mellom pasient og hjelper.

Den etiske fordring gir et allmennmenneskelig grunnlag for menneskets religiøse dimensjon, fordi eksistensielle spørsmål angår livets grunnleggende spørsmål. Antakelig skjer krenkelse av pasienters verdighet når disse spørsmål ikke imøtekommes på en eller annen måte.

Dette kapitlet tar opp etiske vilkår knyttet til det relasjonelle og allmennmenneskelige. Dette gir også konsekvenser for å reise grunnleggende spørsmål som skyld og forsoning. I møter der eksistensiell tematikk er fremme, fordres ekte autentiske menneskelige møter. Perspektivet gir også viktig veiledning for hvordan en kan forstå og overvinne kløften mellom den ideelle fordring og den menneskelige virkelighet, som er mangfoldig, uoversiktlig og mange ganger uverdig og uforenlig med menneskelig liv. Det er dette mellomrommet mellom idealer og virkelighet som "den etiske fordring" kan bidra til å holde sammen, slik at etikken ikke kun blir "stjerner som finnes på himmelen" (Gadamer). Det gjelder å kunne møte pasientens eksistensielle fordringer fordi det er en etisk fordring.

6 Teoretisk del

Studien har en teoretisk og en empirisk del. Teoretisk del tar opp spesifikk etisk substanskunnskap, som utgjør studiens teoretiske datamateriale.

Studien beveger seg inn på livets marginale situasjoner. Det er dens anliggende å utforske forhold av etisk betydning i forbindelse med omsorg, når omsorgen utfordres av meningsløshet, manglende håp og trussel om død. Slike situasjoner involverer mennesket i dypet av sin eksistens, og er noe vi alle møter før eller siden. Å kunne lindre lidelse forutsetter at det finnes mennesker som tåler å være der sammen med pasienten, som har mot til å være der (jf. Rehnsfeldt & Eriksson, 2004).

Begrunnelsen for valg av begrepene mot, offer og ansvar knyttes til vårdvitenskapens grunnantakelser (Eriksson, 2001). Grunnantakelsene uttrykker postulatet om vårdvitenskapens kjernesubstans (jf. kapittel 4.1). Sentralt for denne studiens tematikk er antakelse nr 8: *”Vårdgemenskap utgör vårdandets meningssammanhang och har sitt ursprung i kärlekens, ansvarets och offrandets ethos, d.v.s. en caritativ etik”* (Eriksson, 2001, 14). En forankring av studien i sentrale begrep som ansvar og offer er derfor naturlig. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art, er studiens gjenstandsområde. Den caritative etikken er betinget av ansvar og offer som (sammen med kjærligheten, caritas) er elementer i denne etikkens etos. Hvordan disse begrepene får sine konkrete uttrykk i møte med pasientens eksistensielle lidelse, har gjort meg nysgjerrig: På hvilke måter kan disse begrepene uttrykke noe om mening og sammenheng i omsorgen som har etisk relevans i møtet med eksistensielle spørsmål? Om de har etisk relevans, må det komme til uttrykk i en praktisk etik. Dette praktiske perspektivet kan utvikle vårdvitenskapens kunnskapskropp, fordi praksis, i Gadammers forståelse, knyttes til erfaring, som er en forankret innsikt om noe spesifikt – som en internalisert holdning (jf. Lindholm, 2003). Det er studiens mål å beskrive noe om slike sammenhenger i en teoretisk modell (jf. vitenskapelig hensikt, kapittel 3) og bidra til økt innsikt i grunnantakelsens tematikk og på den måte yte et bidrag til vårdvitenskapelig kunnskap.

’Mot’ er ikke eksplisitt nevnt i noen av grunnantakelsene, men har betydning for forståelsen av caritas og omsorg, særlig når det forstås i sin ”operative” dimensjon. Omsorg er i sin natur

praktisk og i sin betydning knyttet til kjærlighetsbegrepet. Slik kan mot knyttes til den caritative etikkens anliggender. Det vil også fremkomme underveis. Men begrunnelsen for å velge begrepet som sentralt for denne studiens teoretiske datamateriale, er som følger:

Det har vært studiens interesse å fokusere vårdandets etikk knyttet til det å møte pasientens eksistensielle tematikk. Tillich bidrar til å begrunne motets naturlige plass og gi viktig substanskunnskap om begrept mot.

Tillich ble valgt fordi han beskriver 'mot' som et *"mot til å være til"* i møte med det eksistensielle. Hele hans argumentasjon går ut på at mot må utvises om en skal kunne forholde seg til det eksistensielle, som oppfattes som en trussel mot mennesket. Det er her "kampen" står, mellom å innse at noe står på spill (en eksistensiell fordring som på en eller annen måte kommer til uttrykk) og det som betinger at en forholder seg til denne fordringen. Det er dette som i studien betegnes som en akt – en del av et hele. En akt er delen som må være til stede for at det skal bli sammenheng mellom idealer og den virkeligheten som pasientens eksistensielle fordring representerer. Tillich (1977) gir studien et teoretisk fundament for etisk substanskunnskap om motet som skal til for å møte dette som er så vanskelig.

På denne måten begrunnes begrepene mot, offer og ansvar som studiens teoretiske materiale.

Hensikten er å bygge opp en argumentasjon om begrepenes relevans ved hjelp av et substansielt innhold som kan belyse hver for seg og sammen forhold av betydning for virkeliggjørelse av en caritativ etikk (jf. forskningsspørsmål A).

Det begrepsmessige innholdet tar utgangspunkt i utvalg litteratur. Kildene refereres og begrunnes spesifikt i de kapitler det enkelte begrep behandles (henholdsvis 6.1, 6.2 og 6.3).⁵¹

⁵¹ Det vil også være annen litteratur som berøres i disse kapitlene. Noen av disse er òg beskrevet i forskningsoversikten (kapittel 2), i de manuelle søk. Sentrale poeng i litteratur som har vært aktuell, vil bli tatt med i studiens videre drøftinger. Her vil annen litteratur belyse og gi perspektiv til essensen i det som løftes fram i Tillichs bok (1977).

6.1 Motet til å møte den eksistensielle fordring

Følgende vil gi det teoretiske materialet for begrepet mot, som er en bro over til pasienten når han, ofte i ensomhet, møter livets ytterpunkter. Materialet er kommet til primært gjennom lesning av Tillichs tekster, fordi han åpnet dører inn til en teoretisk vinkling til hvordan det kan forstås når pasientens eksistensielle spørsmål utfordres.⁵²

6.1.1 Motet og den eksistensielle fordring

Mot antas å være viktig for etikken, ja enda sterkere – ”*mod er en etisk realitet*” (Tillich 1977, 9).

Det er mange dimensjoner ved begrepet mot. Her vektlegges en utdypende forståelse av noen sider ved begrepet og det å være modig, for å forstå etikkens natur generelt og den caritative etikken spesielt.

Det antas at det kreves mot å skulle utvise omsorg for andre. Det er ikke uten videre opplagt, fordi omsorg ikke umiddelbart knyttes til det å være modig. Det *kan* være en slik sammenheng, fordi litteratur viser sammenhenger mellom mot og eksistensielle spørsmål (jf. Tillich, 1963, 1977), og pasienten er ikke fremmed for eksistensielle spørsmål.

At mennesket forstås som en enhet av kropp, sjel og ånd (Eriksson, 2001, 15), er en grunnleggende forutsetning for å kunne forstå begrepet mot i en eksistensiell sammenheng. Menneskebilde og etikk står i nært forhold til hverandre og forutsetter hverandre gjensidig. Litteraturen argumenterer for motets plass innenfor en humanistisk tradisjon (jf. Tillich, 1977, XXXVIff.).

På hvilken måte er det sammenheng mellom mot og eksistensielle spørsmål? Kan motet svikte i situasjoner som bevisst eller ubevisst minner om vanskelige livsspørsmål en selv strever med? Hvilken betydning har utøvelse av mot for å kunne ivareta pasientens omsorgsbehov? Slike spørsmål er livsspørsmål og knyttet til mening, sier Tillich (1977). De er derfor av

⁵² Det teoretiske datamateriale for begrepet mot er Tillich (1977): *Modet att vara till*.

grunnleggende religiøs karakter.⁵³ Å møte syke, svake, gamle, skadde mennesker er en påminning om livets yttergrenser.

Følgende historie kan være et eksempel på det:

En sykepleierstudent jeg møtte var kommet ganske langt i sin grunnutdanning, men hadde tatt en pause, fordi hun følte hun trengte det. Bakgrunnen var at hun opplevde det vanskelig å møte syke mennesker. Spesielt hadde praksis på psykiatrisk avdeling vært personlig meget krevende ... og hun strevde med spørsmålet om hun skulle fullføre utdanningen.

Samtalen ble en tankevekker og har å gjøre med spørsmålet dette kapitlet tar opp. Hans Åkerberg skriver i innledningen i den svenske utgaven av Tillich (1977):

... som han (Tillich) betegner som den viktigaste och mest oroande fråga, som människan överhuvud kan ställa då hon söker ett mod att vara till: "Vilket mod är i stånd att ta på sig icke-varat i form av tvivel och meningslöshet?" (Tillich, 1977, XLV.)

Ut ifra dette kan en stille følgende spørsmål: Blir det personlige motet utfordret på et eksistensielt nivå i møte med andres sykdom, død og lidelse? Om en svarer ja på dette spørsmålet, vil det så kunne gi konsekvenser for omsorgen pasienten mottar?

Hvis det er slik at omsorgen påvirkes av hvordan en forholder seg til "tvil og meningsløshet" (jf. sitatet over), vil det trolig få konsekvenser for etikken. Eksemplet over tyder på en "vegring" mot å gå inn i vanskelige situasjoner. En drøfting av det som bidrar til en slik "vegring", kan gi økt kunnskap om den caritative etikkens vilkår og vesen.

Ut ifra litteraturen er det en sammenheng mellom mot og etikk (jf. "mot som en etisk realitet"), fordi motet har sine "røtter i den mänskliga existensen". Det er en sammenheng mellom menneskelige erfaringer og en teoretisk forståelse, som må ses "... ur et ontologisk synvinkel för att kunna förstå etiskt" (Tillich, 1977, 9).

⁵³ Religiøsitet defineres her som: "... the state of being grasped by an ultimate concern, by an infinite interest, by something one takes unconditionally seriously" (Tillich, 1963, 30). Tillich gir her et allmennmenneskelig perspektiv på religiøsitet, selv om han også knytter tro til det substansielle i religiøsiteten.

Det er ikke usannsynlig at mennesker som har arbeidet med vanskelige livsspørsmål, er bedre rustet til å møte mennesker som må forholde seg til de samme spørsmålene selv. På denne måten kan kunnskap i møte med døden bidra til å utlikne de ulike erfaringer mellom pasient og hjelper (jf. Utriainen, 2004). Forutsetninger for og betydningen av den enkeltes ”eksistensielle avklarhethet” (jf. Nåden, 1998, 290) er i liten grad gjenstand for diskusjon, kanskje fordi disse spørsmålene er av personlig karakter. En annen sak er at det trolig er av stor betydning for den personlige dannelse (jf. eksempelvis Monsen, 1987) og at det kan ha stor betydning for en etisk praksis.⁵⁴

6.1.2 Motets relevans for etikken – det eksistensielle nærvær

Det er nødvendig å beskrive grunnlaget for hva de eksistensielle spørsmål representerer og hvilken dynamikk de gir, særlig med henblikk på den caritative etikken. Hans Åkerberg skriver i innledningen til den svenske oversettelsen av Tillich (Tillich, 1977):

Den existentiella ångesten är en normal företeelse, eftersom den ingår i existensen och därmed tillhör människans ofrånkomliga livsvillkor. Den kan av denna anledning ej heller elimineras, men kan mötas med mod och bli till ett medel för människans utveckling mot en mogen personlighet. Den patologiska ångesten däremot är ej inkluderad i existensens natur, även om dess möjligheter alltid föreligger potentiellt hos människan. Den är till sin karaktär resultatet av et bortflyende från mötet med den existentiella ångesten. Om nämligen en människa ej förmår möta den ångest, som är en följd av hotet från icke-varat, och ta denna ångest på sig, återstår endast en möjlighet för henne att undgå förtvivlans gränssituation. Denna utväg är att söka stiga undan för varats villkor, som implicerar det ständiga hotet från icke-varat, och i stället ta sin tillflykt till en egenkonstruerad, orealistisk självbejakelseväg. Neurosen innebär därmed, som Tillich accentuerar, ”ett sätt att undfly icke-varat genom att undfly varat”. (Ibid., II).

Ut ifra dette vil det være rimelig å si at mennesket på ulike måter uttrykker sin ”eksistensielle uro” som en konsekvens av sitt møte med de vanskelige livsspørsmålene hos seg selv og andre. Dermed blir dette interessant for den caritative etikken, når den andre personen er en pasient. Personens individuelle kamp for å ikke å ville forholde seg til trusselen om ikke-

⁵⁴ Dette har bl.a. Nåden (1998) vært inne på i sin doktoravhandling om ”kunsten i sykepleien”, der en av forutsetningene for ”sykepleie som kunstutøvelse” er en ”avklaret livsforståelse” (ibid., 290).

eksisten ("att undfly icke-varat", jf. sitatet over), utspiller seg i de konkrete møter og i relasjoner. Dette møtet kan da bli et "ikke-varat", et tilsynelatende møte, som mangler autentisk tilstedeværelse. Forutsetninger for nærvær, den gode kommunikasjonen og intimiteten osv. finnes i tilstedeværelsen (jf. Monsen, 1987) og ikke mellom mennesker som forstiller seg for hverandre.

Om en tar utgangspunkt hos den som skal være til hjelp: Hvis relasjonen til den som skal hjelpes er preget av lite følsomhet, kan det handle om helperens kamp om mening og sammenheng i eget liv. Omsorgens kunst er å delta i pasientens strev på en god måte, selv om en som helper utfordres av pasientens kamp.

Mange har opplevde å måtte "containe" meningsbrist i andres liv. Dette kommer til uttrykk og antas å bli aktualisert av den meningsløshet en selv kjenner på, i møtet med andres lidelse. Langvarig terapi viser at det er et møysommelig og slitsomt arbeid ikke å la andre være ansvarlige for å gi svar en må gi seg selv – på livets vanskelige spørsmål.

En kan spørre som Tillich gjør:

Hur er modet att vara till möjligt, om alla vägar att skapa det är spärrade av erfarenheten om att de i sista hand är otillräckliga? Om livet är lika meningslöst som döden, om skulden är lika tvivelaktig som fullkomningen, om varat inte har mera mening än icke-varat, på hvad kan man då bygga modet att vara till? (Tillich, 1977, 166.)

Dette er blant de vanskeligste spørsmålene tilværelsen stiller oss overfor. Det handler om hva som mobiliserer livsmotet hos pasienten og kanskje hos en selv: *Er det slik at alle mennesker stilles overfor disse spørsmål og at hver og en må besvare dem for sin egen del?* Her reises også spørsmål om menings betydning; det må etableres en mening for å motivere motet.

Om det er slik: Hvordan begrunner Tillich at han stiller disse spørsmålene som om de gjelder alle mennesker? Dette spørsmålet er studiens utgangspunkt.

Tillich skriver om angstens ontologi – som konsekvenser av å "ikke-være" (Tillich, 1977, 37). Det er sterke krefter som gir motivasjon for å skjerme seg for de eksistensielle spørsmålene, som frykten for døden, både egen og andres død. Følgende uttrykker en fortettet fremstilling

om sammenhengen mellom angsten og motet. Tillich mener at utgangspunktet er å finne hos oss selv – angsten for egen død. Angsten er den egne eksistensielle bevissthet om døden, skriver han blant annet i det følgende. Det er dette som tematiseres i møtet med andres død:

Icke desto mindre måste man i en modets ontologi även ge plats åt en ångestens ontologi, ty de beror inbördes av varandra. Och det är lätt att förstå att vissa grundläggande aspekter av ångesten just framträder i ljuset av en modets ontologi. Det första som kan sägas om ångstens natur är följande: ångsten är det tillstånd, då en varelse blir medveten om sin möjlighet att icke vara. Mera kortfattat kan samma sak uttryckas så: ångsten är den existensiella medvetenheten om icke-varat. "Existenstiell" betyder här, att det inte är en abstrakt kunskap om icke-varat som framkallar ångest utan att vetskapen om icke-varat ingår så som ett led i det egna varat. Det är inte insikten om allts förgänglighet, inte ens erfarenheten av andra människors död, utan det intryck sådana händelser gör på vår ständigt latent medvetenhet om att vi själva måste dö som framkallar ångest. Ångest är ändlighet, upplevd så som vår egen ändlighet. Detta er människans naturliga ångest så som människa och i viss mån allt levandes ångest. (Tillich, 1977, 40.)

Menneskelivets endelighet forsøker vi å komme til rette med på ulike måter. Slik sett er beskrivelsene over rimelige og gjenkjennelige. Men det interessante er koblingen mellom motet og bevissthet om døden. Angsten, forstått som en eksistensiell angst (ikke en patologisk psykisk angst), vil ut ifra dette ha en betydning for hvordan vi forholder oss til døden, for hvordan vi forholder oss til livet, til tiden og alle (alt) som lever – eller hvordan døden kan få være en del av livet.

Men, dette må ha implikasjoner for etikken, ellers blir disse spørsmålene kun prinsipielle betraktninger om livet (og døden). Tillich deler den grunnleggende angsten i tre deler, og åpner slik for moralske perspektiv. Derfor er den eksistensielle angsten interessant for etikken, fordi den tydeliggjør implikasjoner for de forholdene vi inngår i:

Icke-varat hotar människans ontiska självbejakelse, i relativ mening i form av ödet, i absolut mening i form av döden. Det hotar människans andliga självbejakelse, i relativ mening i form av tomhet, i absolut mening i form av meningslöshet. Det hotar människans moraliska självbejakelse, i relativt sett i form av skuld, absolut sett i form av förtäppelse (condemnation).⁵⁵ (Ibid., 45.)

⁵⁵ Jeg synes en bedre oversettelse er "fordømmelse" (på norsk).

Tillich beskriver her grunnleggende menneskelige fenomener som er aktualisert i og med at vi lever og er til. ”*Människans moraliska självbejakelse*” (jf. sitatet over) er problematisk og interessant i denne sammenhengen, men en behøver ikke gi begrepene skyld og fordømmelse en spesifikk religiøs/kristen forståelse.⁵⁶ Tillich tar opp spørsmål knyttet til religiøsitet i sin bok *Morality and beyond* (1963, 30, se note). Ikke minst er tekstenes relevans for religiøsitet og moral interessant. Tema som ”*människans moraliska självbejakelse*” er her teoretisk knyttet til betraktninger om etikkens betydning for yrkesutøvere som har et stort etisk engasjement i sitt arbeid. Manglende samsvar mellom personlig moral og utøvelse av et yrke er utfordrende, fordi det muliggjør akkumulering av skyld.

Med utgangspunkt i ovenstående sitat fra Tillich vil en som menneske, uavhengig av religiøst utgangspunkt, kjempe for sin humanitet, anstendighet og verdighet i det lengste. Dette er trolig grunnleggende for alle mennesker. Når humanismens grenser overskrides og den personlige integritet korrumpes, skjer de mest grusomme ting. Å kunne besvare hvorfor mennesker overskrider denne grensen, hjelper oss å forstå hva som fremmer det gode. I slike situasjoner sier vi gjerne at mennesket handler umenneskelig eller at menneskene oppfører seg som dyr. Det gjør vi trolig fordi vi tror (håper) på at humanisme sikrer oss mot inhumanitet, selv om vi paradoksalt nok, i visse situasjoner, har mer å lære av dyrene enn menneskene. Mennesket er fra tid til annen sin egen verste fiende. Derfor handler dette om menneskelighetens grunnvilkår, eller å finne ut noe av hva det kan bestå i.

En ting er å erkjenne sammenhenger i livet som vedkommer en. En annen ting er å påta seg det ansvaret det innebærer å handle på det samme grunnlaget. I dette spørsmålet forutsettes et avklart syn på mennesket. I så måte viser Tillich hvordan synet på mennesket får konsekvenser. Visse forståelsesmåter, som en positivistisk grunnholdning, er utilstrekkelig, fordi det får negative konsekvenser i møte med menneskelig lidelse. Derfor er det et hovedpoeng for Tillich å forstå mennesket ontologisk, fordi mennesket forholder seg til mening i mye større grad enn vi kanskje til daglig tenker det gjør. I ytterste konsekvens, når angsten blir nevrotisk, har det å gjøre med at mennesket ”... *vägrar att ställa frågan om livets mening i dess universella och radikala betydelse*” (ibid., 77).

⁵⁶ Ikke desto mindre er menneskets religiøsitet knyttet til (bl.a.) disse fenomenene/begrepene Tillich her nevner. En kan nesten si at disse begrepene er med på å begrunne mennesket som et religiøst vesen, fordi det er meningssøkende og i stand til å erkjenne skyld.

I møtet med dette ”icke-varat” som en potensiell tilstand som truer mennesket, kan en igjen spørre om på hvilken måte dette påvirker vårt forhold til andre mennesker, særlig med hensyn til det å utvise mot. Tillich sier jo at dette gjør inntrykk på ”... *vår ständigt latent medvetenhet om at vi själva måste dö*” (ibid., 40). På hvilke måter påvirker dette oss i situasjoner der angsten trigges? Trekker vi oss unna, eller handler vi modig på tross av ubehaget ved å bli konfrontert av vanskelige livsspørsmål? Og – hva er det som etisk sett utgjør forskjellen eller er betydningsfullt for pasienten?

May (1988) beskriver vegring som strategi for eller konsekvens av å ta opp vanskelige livsspørsmål, fordi denne vegringen er knyttet til menneskets frykt for ensomheten. Ensomhet blir ikke bare et uttrykk for sosial mistilpasning (ibid., 60), men er kanskje i overført betydning mer et uttrykk for en tilstand der en frykter ”*innsikter från det omedvetna djupen*” (ibid., 61).

Slike innsikter fordrer refleksjon over spørsmål som innebærer hardt arbeid og kreativitet. Denne kreativiteten kan en se hos kunstnere, som på ulike måter gir sine kunstneriske ”svar” på vanskelige livsspørsmål. Her ser en forbindelsen til Gadammers refleksjoner over kunsten som medium for å uttrykke dyp innsikt.

May skriver fornøylig, men avslørende om ”strategier” for å unngå det vanskelige:

När en individ är rädd för det irrationella – det vill säga för upplevelsens omedvetna dimensioner – försöker han naturligtvis vara i ständig verksamhet och se till att det är så ”bullrigt” som möjligt omkring honom. Detta undvikande av ångesten för ensamheten genom ständig sysselsättning och förstörelse är vad Kierkegaard med en god liknelse beskriver, när han talade om nybyggarna i Amerika som brukade slå på kastruller och grytor om natten för att åstadkomma buller som höll vargarna borta. (May, 1988, 61.)

Det finnes ulike strategier for å trekke seg unna liknende situasjoner: taushet, unngåelser eller strategier som utsetter møte med de eksistensielle spørsmålene.

På hvilke måter har mangelen på eksistensielt nærvær betydning for yrkesetikken? Det kan være når vanskelige spørsmål unngås i møte med pasienten. Det kan skje ved å snakke med pasienten om kun trivielle saker. Vår tendens til konformitet påvirker oss og utfordrer våre verdier og hvilke som skal få størst betydning. Dette kan få paradoksale konsekvenser, i den

forstand at det er vanskelig å gjenkjenne våre utalte verdier i det vi gjør, fordi det er en manglende konsistens i forhold til det vi sier. Det kan få utslag på den måten at vi velger det minst gode, på tross av det vi vet, fordi vi velger å ta andre hensyn enn å gjøre det som er i tråd med det gode og rette i situasjonen.⁵⁷

I forbindelse med den eksistensielle angsten, som her omtales, kan det være viktig å peke på hva den kan føre til. Det er riktignok ikke en patologisk angst, men kan likevel føre til en frykt for det ubevisste, fordi den ikke er konkret forankret i vår bevisste verden. Dette har forbindelseslinjer til graden av intensjonalitet, sier May (1983), om hva en er i stand til å gjennomføre, graden av forpliktelse og dermed evnen til å holde fast ved en oppgave (ibid., 247), som må kunne sammenliknes med menneskets vilje og motivasjon.

I boken ”ondskap i behandlingssamfunnet” (Sætersdal & Heggen, 2002) fortelles følgende historie:

Hun var nesten ferdig sykepleier og ferieavløser på sykehjemmet i hjembyen. En av pasientene var en staselig dame fra en fin familie. I alle år hadde hun oppført seg som om hun var bedre enn andre. Nå var hun aldersdement. Hun vandret uavlatelig på bytur i korridoren. Pleierne underholdt seg ved å skremme henne med trafikklyder. Den fine damen kunne reagere med grov banning. Jo verre, jo bedre, syntes pleierne. En dag la avdelingslederen ned forbud mot å latterliggjøre henne. Jeg skjønnte straks at hun hadde rett. Jeg husker fortsatt det kroppslige ubehaget da jeg skjønnte hva jeg hadde vært med på. Jeg husker skammen. Innerst inne visste jeg at det var galt, likevel ble det bare sånn. (Ibid., 19.)

Både det som gjøres og det som ikke gjøres, kan være kritikkverdig.⁵⁸ ”Innerst inne visste jeg at det var galt, likevel ble det bare sånn.” Parallellen til et kjent sitat gjenkjennes: ”*Det gode jeg vil gjør jeg ikke, men det onde jeg ikke vil, det gjør jeg.*”⁵⁹ Hvorfor handler mennesker mot bedre vitende? Hva skal til for å skjerpe bevisstheten som gjør at en handler godt? Sannsynlig handler det om *grad av internalisering* av verdier og holdninger (grad av intensjonalitet) hos den enkelte som utfører handlingen. Da er en et stykke på vei for å forstå hvorfor den gode handlingen skjer.

⁵⁷ ”... og tilbøjeligheden til konformitet stikker dybt i de fleste” (Løgstrup, 1993,164).

⁵⁸ Martinsen (1993) beskriver det siste som ”unnlatelseslaster”.

⁵⁹ Bibelen, Rom 7, 9.

Det er en sammenheng mellom ”å vite” og ”å gjøre” (jf. Gadamer's syn på kunnskap), særlig med tanke på kunnskap som dyp innsikt, hvor handlingen er en integrert del og dermed en konsekvens av den samme innsikt. Derfor kan en si at det finnes nivåer for kunnskap, i betydningen innsikt (eller erkjennelse). Den som eksempelvis røyker, har kunnskap om røykingens skadevirkninger. Denne type kunnskap fører ikke automatisk til at en slutter å røyke. Det finnes ingen opplagt sammenheng mellom kunnskap og handling, som gjør at vi kan forstå hvorfor mennesker handler som de gjør. Men om kunnskap er å forstå som internalisert innsikt, blir kunnskapen av en annen art og handlingen blir i større grad mulig å predikere, fordi handlingen blir en forventet og logisk konsekvens av den samme erkjennelse.

Problemet i eksemplet fra boken til Sætersdag & Heggen kan være tendensen til konformitet overfor en autoritet eller autoritetsperson. Av en eller annen grunn var det i kulturen en implisitt tendens eller vilje som ingen utfordret. Dette gikk utover pasienten. Det ble ingen forandring før lederen ”satte foten ned”. Denne handlingen kan sikkert forstås på ulike måter, men sannsynligvis hadde avdelingslederen verdier som prioriterte pasientens interesser.

En kan si at motet er broen mellom det etiske anliggende som kommer til synet i møtet med pasientens eksistensielle spørsmål, og den ivaretagelsen som fordres i situasjonen for at pasienten skal slippe å være alene med disse spørsmål. Involvering fra hjelperens side er et uttrykk for omsorg, og lindrer pasientens sykdomslidelse eller livslidelse (eksempelvis trussel om egen død). Samtidig er det en gjensidighet i hjelperens forhold til egen død, som innvirker på hvorvidt omsorgsutøveren mobiliserer sitt personlige mot for å kunne bli pasientens medvandrer i ”dødsskyggens dal”⁶⁰. De eksistensielle spørsmål har betydning for å forankre omsorgen etisk og å unngå uverdig behandling av pasienten.

⁶⁰ Uttrykk fra Bibelen, Salme 23.

6.2 Offer – et etisk kjernebegrep

Offer er et sentralt vårdvitenskapelig begrep og er spesifikt nevnt i grunnantakelse 8. Det er i denne sammenhengen offerbegrepet kan belyse forhold av betydning for den caritative etikken. Det skal i det følgende fremføres noen viktige aspekter med utgangspunkt i artikkelen som her utgjør det teoretiske datamateriale.⁶¹ Det vil også være noe støtte fra annen litteratur i samsvar med perspektiv som her trekkes fram.

Begrepet gir assosiasjoner til omsorg, som en kvalitet ved det å bry seg om en annen, fordi en da på en eller annen måte prioriterer en annens behov fremfor egne. Når kan det være aktuelt, betydningsfullt, endog nødvendig?

Betydningsfulle sider ved en omsorgsrelasjon understrekes i vårdvitenskapelig litteratur, blant annet gjennom semantiske eller etymologiske utredninger knyttet til begrepet. Begrepet er interessant fordi det gir anledning til å ta inn et nytt perspektiv, for om mulig finne nyanser som kan bringe kunnskap om det som fremmer, eller hemmer, den gode omsorgen.⁶² Ikke minst marginale situasjoner, som de eksistensielle tema representerer, for både pasienten og den som skal hjelpe, bidrar til ytterligere skjerping av det som utfordrer.

Alle aspekter av begrepet kan ikke drøftes her. Det sier noe om avhandlingens begrensninger, men mest om tematikkens mangfoldighet. Offerbegrepet er i så måte en viktig inngangsport og et orienteringspunkt til utforskning av elementer ved den caritative etikken.

Begrepet er ikke lett tilgjengelig, fordi det ikke er i bruk i dagligtalen. Det skyldes antakelig en allmenn forståelse av begrepet som knytter det til negative forhold, som det å "ofre seg", eller til offerhandlinger i en religiøs kontekst: *"To modern people, sacrifice in a serving and simultaneously self-denying sense as an ethical condition of caring has become an unrecognizable whisper from the Dark Ages"* (Helin & Lindström, 2003, 419). En betydelig

61 Helin, K. & Lindström, U. 2003. Sacrifice: An ethical dimension of caring that makes suffering meaningful. *Nursing Ethics* 10 (4), 414–427.

62 ... slik at begrepet har betydning for helse, som det uttrykkes i innledningen til Helin & Lindströms (2003) artikkel: *"... as a potential process of transformation towards health"* (414).

motstand mot offerbegrepet kan knyttes til det postmoderne menneskets opptatthet av autonomi. Autonomi står i motsetning til å nedprioritere personlige interesser (ibid.).

En forutsetning for denne studien, og for klargjøringen av offerbegrepet, er at begrepet her knyttes til eksistensielle fordringer pasienten har. Hva skaper positivitet og engasjement i utfordrende relasjoner, som kan være "effektive" motkrefter til negativitet og likegyldighet? Hvilke fenomen bidrar til å skape romslighet for nestekjærlige ytringer og hva bidrar til det motsatte?

Kan offer betraktes som omsorgettikkens katalysator? Offer beskrives som å være "*an emplied structure where love, responsibility and sacrifice are interwoven and constitute an integrated ethos, a basis of values for the ethical choices and the activity of the carer*" (Helin & Lindström, 2003, 425). Offer bidrar til å strukturere og integrere verdier forut for omsorgshandlingene, noe som trolig er en forutsetning for omsorgshandlingene. Samtidig som dette gir konsekvenser for det konkrete liv, må det forstås på et ontologisk nivå, knyttet til innsikter om den "*virkelige virkeligheten*" (Eriksson & Lindström 2003). Offerbegrepet gjør det mulig å forstå omsorgens karakter, fordi omsorg er knyttet til pasientens livsverden, skriver Helin (ibid., 426), som fremmede for hans helse, og muliggjør lindring av lidelse.

Derfor er det forenlighet i denne studiens ambisjon om å forstå forhold av etisk betydning knyttet til pasientens eksistensielle spørsmål (som fremmer den gode omsorg) og begrepet 'offer'. Som nevnt over er offer et abstrakt fenomen, men synliggjøres i det konkrete liv. Det forstås gjennom en metakommunikasjon, eller via chiffer (jf. kapittel 1.0). På denne måten gjøres offerbegrepet forståelig for en konkret sammenheng.

Hva er så sentralt i offerbegrepet, som gjør det til et relevant etisk begrep?

Gjennom lesning av tekster og ved å studere det empiriske materiale i denne studien, kan en forstå det eksistensielle som krevende og utfordrende møter med pasientene. Sykepleierne må ha mot og vilje til å stille seg åpen for pasientens spørsmål og ønsker om hjelp. Det kan for eksempel være å forholde seg til og å lindre den smerten det er, når pasienten må innstille seg på kanskje å måtte dø. Slike prosesser arter seg på ulike måter for pasienter. Disse tema omtales og gjenkjennes ikke som tydelige (entydige) ytringer fra pasientens side. Ofte foregår det en kamp i det stille. Pasientene kan bære sin livslidelse (Eriksson, 1999) inne i seg, men

også bryte ut i åpenlys fortvilelse. Det er mange måter å uttrykke sin eksistensielle lidelse på. Tillich (1977) skriver om begrepet eksistensiell, slik det forstås i denne studien:

*Existentiell i denna mening kan definieras som delaktighet i en situation, särskilt en kunskapsmässig sådan, med hela sin varelse. [...] Vid all existentiell kunskap förändras både subjektet och objektet genom själva kunskapsakten. **Existentiell kunskap vilar på ett möte mellan dem, vari en ny mening skapas och förstås. Kunskapen om en annan människa, kunskapen om historien, kunskapen om en andlig skapelse, den religiösa kunskapen – alla ha de existentiell karaktär** [min utheving]. Detta utesluter inte objektiv, teoretisk kunskap. Men det inskränker objektiviteten till ett enda element i den kunskapsmässiga delaktighetens omfattande akt. Man kan ha en exakt objektiv kunskap om en annan människa, hennes psykologiska typ och hennes beräkneliga reaktioner, men därmed känner man inte människan, hennes centrerade jag, hennes självkänedom. Blott genom delaktighet i hennes person, blott genom ett existentiellt innbrott i centrum av hennes varelse, kan man känna henne i den situation vari man bryter in. Detta är den första innebörden av ordet "existentiell", som alltså betecknar en hållning, där den egna existensen blir delaktig i någon annans existens. (Ibid., 121–122.)*

Slike innsiktsgivende prosesser som skjer i møte med en pasient, berører eksistensielle tema, og forutsetter at studien har en overordnet hermeneutisk design. Det er fordi disse tema er svært krevende og utfordrende, og dyp innsikt må søkes gjennom innsiktsgivende prosesser, slik som en hermeneutisk tilnærming kan bidra til.

Helin & Lindströms (2003) artikkel tar opp offerbegrepets motsetningsfullhet. Semantisk er begrepet redegjort for ut fra Smiths (1995) artikkel og ut fra det svenske språket. Det postmoderne menneske oppfatter begrepet som et "angrep" på ideen om å være autonom, skriver Helin og Lindström (2003). I det følgende nevnes to eksempler på en ambivalens i offerbegrepet:

Det ene er fra Thielst (1995) som beskriver et tilsvarende dilemma i biografien om Kierkegaard. Her nevnes flere eksempler, der offer erfares som en realitet gjennom å bli stilt overfor ulike handlingsalternativ i valgsituasjoner som en ikke kan komme utenom (eks. Abraham som skulle ofre sønnen Isak, eller dagen problemstillinger fra helsevesenet: Skal en prioritere ti hofteoperasjoner i stedet for én hjerteoperasjon?). Derfor har offeret *dilemmaet* i seg, fordi en i slike situasjoner må foreta valg. Disse kan være smertefulle, og det koster, det kan kjennes som et "offer". En kan sammenlikne dette med hjelperens møte med pasientens kamp og fortvilelse. Det er krevende for den som skal være til hjelp, om han eller hun

opplever frykt og engstelse i møte med pasientens situasjon. Slike situasjoner impliserer valg og prioriteringer, mellom det trygge og forutsigbare, og det ukjente og uforutsigbare.

Sykepleiefagets forankring og plass i et vitenskapsteoretisk perspektiv⁶³ diskuterer Martinsen (1993). Hun peker på negative konsekvenser for sykepleiefaget hvis en har en *”teknisk-instrumentell livsforståelse”* (ibid., 53). En viktig konsekvens for sykepleiefaget er at en må velge hva som skal prioriteres, om en skal ta fagets humanistiske og vårdvitenskapelige forankring på alvor: *”Vi presses inn i en posisjon som vil koste oss noe”* (ibid., 53). Hun begrunner dette videre: *”Det vil koste oss noe å vise hva som bærer våre liv, det vi ikke kan ha herredømme over, alt det som er gitt oss som en gave ”* (ibid., 53). Om vi legger en slik forståelse til grunn for sykepleiefaget, som i sin natur er av hermenutisk karakter, vil det ødelegge for sykepleiefaget, fordi vi da vil *”kretse om oss selv og våre prestasjoner”*. Fordi vi ikke slipper unna det virkelige livet, må vi møte pasientvirkeligheten på en annen måte enn med den teknisk-instrumentelle tilnærmingen, fordi *”den teknisk-instrumentelle livsforståelsen ikke svarer til det konkrete, til våre erfaringer, til ’livet i de menneskelige relasjoner”* (ibid., 54).

Disse to eksemplene underbygger et viktig poeng om relevansen av begrepet offer, nemlig at vi stilles på valg i omsorgssituasjoner mellom kryssende interesser. Slike valgsituasjoner kjennetegnes av at de er vanskelige og marginale for hjelperen. Kanskje det er slik at vanskegraden er proporsjonal med grad av eksistensiell tematikk, sett fra hjelperens synsvinkel? Da må også det personlige motet hos den som skal hjelpe, være tilsvarende stort, for å kunne overvinne frykten for å møte pasientens spørsmål. Pasienten selv er trolig avventende og ønsker den andres interesse, fordi han allerede befinner seg i lidelsens landskaper og ønsker å samtale om det – om bare noen ville lytte. En utfordring er at disse situasjonene ikke er så synlige som oppgaver innen det fysiske området (som vask og stell, mobilisering, ernæringsforhold o.l.). Eventuelle forsømmelser innenfor de konkrete, fysiske oppgavene lar seg også lettere identifisere og korrigere. Trolig er det en metafysisk barriere inne i oss mot å møte eksistensiell tematikk hos pasientene, fordi tematikken er av en art som vi forholder oss annerledes til, enn det som hører til det konkrete livet.

⁶³ Siden studien diskuterer sykepleien som en naturlig arena for vårdvitenskapelig kunnskap, kan dette være en nyttig refleksjon med tanke på problematikkenes relevans for yrkesfeltet. Dessuten hentes studiens empiriske data fra sykepleien.

Ifølge Helin (2001) har begrepet semantisk sett sterkest binding til tre synonymer: gave, forsoning og oppofring (*uppofring*). Disse begrep synes også å være hensiktsmessige for denne studien. De utdypes i Helin og Lindströms artikkel (2003) i lys av kristen mystisisme, som gir offerbegrepet en annen historisk og kulturell sammenheng enn den vi ser det i dag har. Det viktigste er at det åpner opp for en betydning, som fortsatt er relevant, fordi den beriker forståelsen av en vårdande relasjon.

6.2.1 Offer som gave

Gave er en dimensjon ved offer, og har sterk binding til begrepet offer. Dette synes å ha stor sammenheng med hvordan den grunnleggende holdning må være mellom den som hjelper og den hjelpetrengende. En må finne en form som bevarer den andres verdighet på tross av et assymetrisk forhold mellom de to.

Å gi en gave innebærer at en ikke venter noe gjengeld. Dette står i motsetning til gaver som gis i form av ”bestikkelser” (*mutor*), i den hensikt å oppnå noe. Gave innebærer ”*en föräring, en bekräftelse på den andres heder och värdighet*” (Helin, 2001, 46). En slik forståelse av gave er ikke fremmed for en alminnelig språkforståelse. Samtidig er vi fortrolig med gave som bestikkelse eller som ”smøring”. I denne sammenhengen er ikke forskjellen på bestikkelser og smøring interessante, fordi det er gave som et uselvisk uttrykk for omsorg som her er viktig og skal trekkes fram.

Offer forstått som gave, uttrykker nærvær eller tilstedeværelse av en spesiell art, som en væremåte som uttrykkes gjennom at en ofrer sine egne ideer, i den betydning at en overgir alt som er ens eget (Helin og Lindström, 2003). Dette står i nær tilknytning til oppofrelse (se under).

I tilknytning til begrepet ”å skjenke” understrekes tilstedeværelsens betydning og kvalitet i forbindelse med en gavehandling. Slik uttrykkes det i Helins pro-graduavhandling: ”*Ett offer som sann gåva kan tolkas som en konkret handling eller en livgivande gest, en hållning som förärar och närvarandegör med läkande möjligheter*” (Helin, 2001, 46).

Offer innebærer en holdning som vil ha konsekvenser for kvaliteten i tilstedeværelse, hva den betyr og innebærer for pasienten. Artikkelen antyder her en vårdande konsekvens for pasienten, en mulighet for å lindre hans lidelse. Helin og Lindström skriver:

The sense implied in the concept related to "gift" reveal a perspective that comprises some understanding of how it is possible for the carer's sacrificial and serving approach simultaneously to further the carer's professionalism, so that caring in a deep sense alleviates suffering and promotes health. (Helin & Lindström, 2003, 416.)

Gavedimensjonen er svært interessant for omsorgens kvalitet og understreker offerbegrepets relevans for studien. Om gavedimensjonen kan være uttrykk for andres verdighet, bekreftelse og noe som tilfaller den andre, uten ledsagende betingelser, gir det samtidig kjennetegn for hva god omsorg må være. Alle vikarierende motiver vil kompromittere omsorgens ekthet og nærvær i situasjonen. Om hjelperen tenker *"what is in it for me?"*, vil det kunne forstyrre den umiddelbare rett til ivaretagelse og hjelp som pasienten har, fordi, for å si det med Løgstrup, en står i fare for å erstatte tillit med mistillit, eller barmhjertighet med noe ganske annet. En god hjelperelasjon fremmes da ikke, fordi barmhjertigheten og nestekjærligheten taper sitt genuine innhold.

6.2.2 Offer som forsoning

Helins studie fremmer en forståelse av offer som forsoning, som det å bilegge strid. I dette ligger en oppfordring til ydmykhet og til det å kunne la seg forme, eller forholde seg til sin skjebne ved å godta den:

Att förlåta är att acceptera (l. accipere, mottaga, godta) det som hänt, det er på ett djupt plan bejaka sitt öde, att på djupet förstå. (Helin, 2001, 48.)

Dette er forståelse som innsikt, som kommer av dyp erkjennelse, og ikke bare som logisk kunnskap om et saksforhold, skriver Helin (2001). Det innebærer å kunne si ja til sin skjebne. Men hva skal en ha innsikt i? Svaret på det gir umiddelbare tilknytninger til studiens tematikk. Som en konsekvens av den innsikten semantikken gir, skriver hun følgende:

I stridens biläggande, försoningen, växer förståelsens barn, förtroendet, mellan människor fram. (Ibid., 48.)

Det som er vanskelig, finner en form for løsning, eller noe legges i bero (*biläggande*). Dette igjen har konsekvenser for det som fremmer tillit(sfullhet) mellom mennesker. Offerbegrepets tilknytning til begrepet forsoning gir interessante perspektiv for omsorgens karakter, og har dermed implikasjoner for etikken. Forsoning anses å være et kjernepunkt i den caritative etikken: I forsoningen ligger muligheten til å lindre pasientens lidelse og fremme positive helseprosesser på alle nivå. Det er fordi forsoning innbærer helsens vardande nivå, ved at det etableres en relasjon til pasienten som er av en spesiell karakter. Denne relasjonen er formet av ”*andres sårbarhet og lidelse*” (jf. Helin, 2001, 48). Det må bety at en har innsett hva sårbarhet og lidelse innebærer for pasienten. Koblingen til helse gjennom å lindre pasientens lidelse er her det at ”*försoningen har kvaliteter som nåd, sämje, förlikning, förlåtelse*” (ibid., 48), der nåde også har en sterk binding til barmhjertighet (Helin, 2001). I lys av utsagnet ”*omsorg er viljens kilde*” (jf. Heidegger) vil omsorg kunne snu vonde og vanskelige situasjoner, ved å frigjøre vilje (motivasjon) til å kunne ta imot forsoningens kvaliteter, nåde, det å kunne forlike seg med sin situasjon og forlatelse. Å be om forlatelse er å be om tilgivelse. Å bli tilgitt er på nytt å tro at ingenting av det som har vært, lenger skal hefte ved en selv som person. En kan gå videre i livet.⁶⁴ Omgivelsenes ”gave” (offer) er å la det få skje og gjennom det være forsonet med den andres historie og ikke la den hefte ved vedkommende lenger. I dette ligger også barmhjertigheten overfor den andre, at den andre på en grunnleggende måte er tilgitt. Ringen er sluttet.⁶⁵ Å bevirke slike prosesser er vårdandets (omsorgens) anliggende (eller ”terapi”).

Helin skriver om ”*den förbarmande hjärtats historie*” som en historie der mennesker har latt seg berøre av andre menneskers skjebne. Historisk (hos de kristne mystikerne) har hjertet blitt

⁶⁴ Slike forsoningsprosesser er studert innenfor teologien, psykologien og jussen. Disse berører beslektede tema som skyld (eksempelvis) og straff. I denne sammenhengen fremheves allmenne elementer i forsoningen som har betydning for helse på vardande nivå. At forsoning er mulig og nødvendig for god helse, er hevet over enhver tvil. Hvordan forsoning kan skje, kan en også ha teologiske og psykologiske perspektiv på. I denne sammenhengen skal bare understrekes: Vi (sykepleiere) har ingen rett til selvtekt eller til å være kontinuerlig bebreidende, men skal fremme livsmuligheter og fremtid (jf. ICNs kodeks for sykepleiere). Tilgivelse og forsoning er vanskelig, men avgjørende for å kunne bidra til å lindre pasientens lidelse, særlig eksistensiell lidelse hos pasienten.

⁶⁵ Mange (med meg) ville nok også ta med et religiøst perspektiv her, fordi visse forhold knyttet til forsoning (og andre begreper) ville måtte forstås i lys av Guds tilgivelse, kjærlighet og nåde. Denne studien forutsetter at disse begrepene også har en allmennmenneskelig karakter, som er relevant som vårdvitenskapelig kunnskap.

oppfattet som kjærlighetens sete. Derfor er det naturlig å slutte seg til hennes logiske konklusjon av forsoningens kvaliteter, at den inneholder ”*en allra största förändringskraft som i dina djupaste verkningar kan föra till en metamorfos, en formförvandling och en verklig förnyelse*” (ibid., 49).

I forsoningen ligger muligheten for endring og ny start. Mange mennesker har opplevd skuffelser som i større eller mindre grad binder deres liv, utviklingsmuligheter og deres muligheter for opplevelse av helse og velvære. Dette er likevel et utfordrende tema, som handler om hvilke forutsetninger og egenskaper som må til for å realisere forsoningen mellom og blant mennesker, enten individuelt eller i stor skala.⁶⁶ Den språklige tilknytningen til ’offer’ beskriver Helin med utgangspunkt i det svenske verbet *försona*, via det lavtyske ordet *försönen* som betyr å bilegge en strid, forlike seg med, eller godtgjørelse (som substantiv). Så finnes det en poetisk forkortelse, *sone* (*sona*), som betyr å stille eller berolige (*lugna*). Dermed har försoning kvaliteter som nåde, enighet (*sämja*), å forlike seg med (*förlikning*) og forlatelse (Helin, 2001, 48).

Helin og Lindström (2003) henviser i denne sammenhengen til Levinas, som sier at denne omsorgsrelasjonen ikke kan innebære kontroll over en annen: ”*In the light of Levinas’ ethic, abandoning one’s own way of looking at things becomes a precondition of really meeting the other human being*” (Helin & Lindström, 2003, 422). I tillegg skriver de om sammenhengen til forsoningsdimensjonen: ”*Sacrifice and self-denial turn into a gift and reconciliation*” (ibid., 423).

Derfor innebærer offer mulighet til fornyelse og ny start. Hvordan kan en forstå dette i en klinisk sammenheng, eller knytte det til forholdet mellom hjelper og pasient? Hvordan skape muligheter for forsoning? Hva skal pasienten i tilfelle forsone? Kanskje det er noe som hindrer hans helse? I dag vet vi mye om hvordan kroppslig og psykisk helse påvirker hverandre. Også eksistensielle spørsmål har helsemessige konsekvenser, og det kan ha viktige helsemessige implikasjoner for pasienten om han får erfare forsoningens mulighet, også i møtet med helsepersonell. På et gitt tidspunkt kan det være det viktigste for pasienten. Dette er ikke ”abstraksjoner” eller ”luftig” omsorgsfilosofi, men har stor betydning for den

⁶⁶ I så måte er forsoningsarbeidet Nelson Mandela og Desmond Tutu gjennomførte i Sør-Afrika, etter opphevelsen av apartheidstyret, et eksempel til etterfølgelse.

praktiske omsorgen, fordi det betyr å gi et bidrag til pasientens tro på "forsoningens mulighet". Det kan være veien videre for mange.

Eksistensielle fordringer kan handle om konkrete forhold, som et komplisert og problemfylt forhold til nære pårørende eller venner, det kan være frykt for døden, en dårlig samvittighet eller opplevelse av skyld, osv. Spørsmålet er om og på hvilke måter slike tema inkluderes i omsorgen som noe en bistår pasienten med. Eller lar en være å forholde seg til dem?

Eksistensielle spørsmål innebærer en religiøs/teologisk dimensjon. Hvem kan forsone og tilgi? Forsoning har også en opplagt psykisk dimensjon, som er viktig. Den psykiske dimensjonen representerer blant annet følelseslivet, som er en avgjørende inngang til menneskets livsverden, og som gir mulighet for utenforstående til å forstå den andre, til å bekrefte og dermed lindre pasientens lidelse. Det finnes også behov for forsoning som er knyttet til den åndelige dimensjonen, som etterspør meningen med det hele – med livet. Her kan ikke noen gi eksakte svar, fordi det har å gjøre med tro og personlig overbevisning. Helsepersonell har likevel ansvar for å være lydhøre for pasientens ytringer og om mulig ivareta og samtale om disse spørsmålene, eller bringe dem videre til andre, om det er ønskelig eller nødvendig.

Offerdimensjonen gir et viktig insitament for etikkens betydning i det å skulle møte pasienten på en "nådig" måte, presentere for ham muligheten om forlatelse og forsoning. Dette kan oppfattes som en "gavehandling", der sykepleieren som stedfortredende kan formidle en tro på en annen eller ny fremtid enn den pasienten selv synes er den mest sannsynlige.

Derfor har offerbegrepet en funksjonell betydning ("effekt"), som vil si å være til for den andres skyld. Denne dimensjonen har å gjøre med neste punkt (punkt 6.2.3):

6.2.3 Offer som oppofring/oppofrelse

Helin (2001) utdyper følgende perspektiv på offer, at vi selv, som hjelper den andre, stiller oss i skyggen eller inntar en tilbaketrukket posisjon. I denne måte å forholde seg på ligger en hemmelighet. Helins studie refererer til Kirkegaard:

Det er i kärleg och ansvar hjälpa den andra till förlossning av sina i iboende möjligheter. När den kärleksfulla människan "... gör sig till redskap för det goda" drar hon sig själv ur synfältet. Detta innebär en kärlekens kamp, att strida för valet av det goda. (Helin, 2001, 51.)

Å kunne fremme dette "gode" skjer ved å stille seg i bakgrunnen i forhold til den andres behov. Det anses å være den høyeste form for gavehandling, men er pinefull, skriver Helin og Lindström (2003). Det kan være et "offer", særlig om hjelperen ikke betrakter det å imøtekomme pasientens behov som målet eller hensikten med å hjelpe.⁶⁷ En kan spørre om pasienten "tåler" våre vikarierende motiver når den som yter andre hjelp, søker å "få noe igjen". Trolig blir hjelp ikke alltid oppfattet som en gavehandling. Hjelp som en gavehandling blir ut ifra det ovenstående å forstå som en kvalitet ved hjelpen som gis. Om dette ikke skjer og en blir opptatt av egen fortjenestefullhet, vil hjelperen trolig kommunisere uklare hjelpemotiver og pasienten blir forvirret.

I kliniske situasjoner blir det problematisk å ha "personlige interesser" i relasjonen med pasienten. I denne sammenhengen skal ikke en fullstendig gjennomgang av omsorgens vesen gjøres. Men det er min overbevisning at omsorg har å gjøre med å skape forutsetninger for den andre til å realisere sine muligheter, til å skape rom for pasientens utfoldelse, selv i en avhengig situasjon. Dette er lett å skjønne i nære, naturlige omsorgsrelasjoner. Eksempelvis kunne mye vært enklere om barn var en konsekvens eller oppfattes å være en gave som er skjenket, og ikke et middel for at voksne skulle slippe å bli ensomme. Samtidig er det dypt meningsfylt å få egne barn. Dypest sett er vi skapt til fellesskap. Men vi er ikke skapt til å være hverandres middel, i den hensikt å fremme egen lykke. Derimot er det hyggelig om vi inspireres av våre medmennesker og at vi selv ikke står i veien for andres livsutfoldelse.

⁶⁷ Det kan synes underlig om det å imøtekomme den hjelpetrengendes behov ikke skulle være hensikten med det å være til hjelp. At pasienten er subjekt i hjelperelasjonen, krever likevel en gjennomtenkning av hva det faktisk innebærer for hjelperens selvforståelse og motivasjon.

I nære relasjoner vil en til sist avsløres som egoist, om en ikke er i stand til å sette andre først (av og til). På den andre siden oppleves det ikke særlig flatterende å skulle være andres "hoff" eller "kulisser". Så vi strever med å finne balansen mellom å gi og få (ha) oppmerksomhet.

På hvilke måter denne naturlige omsorgen kan sammenliknes med en profesjonell omsorg, skal heller ikke her utdypes. Men en grunnleggende antakelse for denne studien er at i spørsmål knyttet til de eksistensielle møter, finnes få (om noen) ulikheter mellom en privat og en profesjonell relasjon, om den skal kunne åpne for samtale om de eksistensielle tema. Selv om det er slik, betyr det likevel ikke at en privat og en profesjonell relasjon er like. De har ulike tidsperspektiv, og menneskene som inngår i private relasjoner, har en annen type forpliktelse til hverandre.

Det er mange forhold som regulerer våre handlinger og væremåter når vi er underlegne i en situasjon. Maktperspektivet knyttet til den aktuelle rollefordelingen mellom helperen og de som er avhengige av hjelp, gir mange nyttige perspektiv og god bakgrunn for å forstå pasienters og hjelperes væremåter. Det viktigste her er om hjelpen pasienten mottar oppleves relevant og god for å avhjelpe pasientens legitime behov, ved at det ikke knyttes til noen betingelser eller vikarierende motiver (jf. livsytringene). Mange forventer uegennyttig hjelp i nære familiære relasjoner, men er forsiktige med å ha tilsvarende forventninger i møte med (fremmede) representanter fra det offentlige helsevesen. Forholdet mellom pasient og offentlig helsevesen er (blitt) rettighetsbasert. I det private helsevesen er "pasienten" kunde og blir på den måten satt i en litt annen posisjon til sine hjelpere. Kunden kan velge hvem han vil ha hjelpen fra.

Spørsmålet er hva som er grunnlaget for tilfredshet eller hva som er konstituerende for hjelperelasjonen. I etisk sammenheng er det avgjørende for kvalitet at noen stiller seg til rådighet for pasientens legitime behov, er imøtekommende, stedfortredende "håpefull" osv., *for den andres skyld*. Dette er substansen i den faglige fordringen mellom pasienten og hjelper. Men i helsevesenet erstattes de ideelle intensjoner (fordringer) med en mer pragmatisk begrunnelse for å utøve hjelpen. Denne pragmatismen, og de økonomiske insitamenter som samfunnet legger til rette for, er en utfordring både for pasienten og for hjelperne, fordi denne type hjelp ikke kan (eller skal) motiveres av juridiske og økonomiske ordninger. Kvalitet i en hjelperelasjon er i dypeste forstand basert på relasjonelle kvaliteter.

Historisk/tradisjonelt har helsearbeidere ikke vært vant til å tenke ”fortjeneste”, men å være til ”tjeneste”. Dette innebærer et paradigmeskifte og en endring i grunnlaget for yrkesutøvelsen. Særlig er sykepleierne utfordret av dette paradigmeskifte, fordi motivasjonen som ligger i den naturlige omsorgen på mange måter har vært modell også for yrkesutøvelsen (jf. Bakken, 2001).

God omsorg forutsetter et balansert forhold mellom hjelper og den som mottar hjelp. Det er en balansen mellom avhengighet og uavhengighet som er berørt her. Ved å se på den språklige betydningen, er det her argumentert for (synonyme) betydninger av ’offer’ som er fremmede for en god relasjon. Det er betydningsfullt å kunne være oppofrende og gi en hjelp som kan fremme forsoning. Mennesker som rammes av sykdom eller annen helsesvikt, møter nye spørsmål, og vil ønske å forholde seg til disse.

Oppsummerende ligger det i offerbegrepet en hemmelighet knyttet til en uselvisk væremåte i møte med mennesker som trenger hjelp. Denne væremåten kan konkret ytre seg som raushet og en tilforlatelig væremåte som gjør at en som mottar hjelpen, kan oppfatte hjelpen som en gavehandling, og ikke som noe pasienten har eller burde ha gjort seg fortjent til. Om han skulle oppfatte hjelpen som noe han har fortjent – som et gode han får om han ”oppfører seg pent”, ville det igjen kunne ”brukes” med utgangspunkt i en bakenforliggende/skjult hensikt.

Om hjelp kunne oppfattes som en gavehandling, som en konsekvens av en holdning hos hjelperen, er dette antakelig viktig for om pasienten opplever relasjonen som krevende og klam eller som frigjørende. En frigjørende relasjon kan bidra til å skape nytt mot, uten at en kommer i taknemlighetsgjeld fordi hjelpen ikke var fortjent og en ikke kan gjøre opp for seg.

6.3 Ansvar – et etisk kjernebegrep

Menneskets grunnleggende utfordring er at livet har en begynnelse og en ende. Begrepet offer beriker i sine betydningsdimensjoner forståelsen og dynamikken i menneskelig samhandling. I dette ligger innsikter som påvirker relasjonen, og som kan ha betydning for etikken når mennesket møter livets yttergrense.

Ansvarsbegrepet har en tilsvarende begrunnelse som for offerbegrepet for å bli trukket inn i denne studien. Ansvar konstituerer det som i situasjonen og er avgjørende for hvorvidt handling skjer (eller ikke skjer). Begrepet inngår i grunnantakelse 8 og i den samme grunnleggende etos som forankrer begrepet i den caritative etikken. Det å være ansvarlig innebærer en tilslutning til noe og en beslutning om noe spesifikt en vil bry seg om (jf. Wallinvirta, 2001).

Her forankres sentral, prinsipiell tenkning om ansvar og ansvarlighet i Løgstrup (1999).⁶⁸ Men også her vil begrepet/begrepene knyttes til noen andre referanser som utdyper poenger som her løftes fram.

Følgende er en forutsetning for denne studien: å betrakte det personlige ansvaret som medvirkende og avgjørende for den etiske beslutning, fordi en massebevegelse eller etablert kultur har sitt utspring i og består av enkeltpersoner. Det er ikke gitt enkeltpersoner rett til ”amnesti” eller skyldfrihet, om en direkte eller indirekte bidrar til å opprettholde urett. Personen som handler (eller ikke handler) i situasjonen er avgjørende viktig. Løgstrup sier dette på sin måte:

Når mennesket bryter ned sin helhet, oppgir å være midtpunkt og gir avkall på sin frihet, er avgjørelsen og handlingen resultater av det motivet som utfolder seg sterkest i tanker og følelser. (Løgstrup, 1999, 212.)

Sitatet understreker en forutsetning for forståelsen av hva ansvar innebærer og som tidligere er berørt, at ”det ikke gir noen mening å snakke om ansvar og skyld hvis viljen og valget er determinert” (ibid., 213). Men det er forskjell på om noe er forutbestemt eller om en er uten mulighet til å påvirke utfallet av en situasjon, og det å være forpliktet i en situasjon som en er i (som når ”vårt liv med og mot hverandre består i at den ene er prisgitt den andre” (Løgstrup, 1999, 75)). Å være forpliktet utløser et personlig ansvar, så sant en knytter forpliktelsen til egen person og betrakter seg selv som forpliktet i situasjonen. En er, slik Løgstrup sier, i et forhold til andre som en ikke kan velge seg ut av. Dette er ansvarlige forhold.

⁶⁸ Kilden er *Den etiske fordring*.

Løgstrup knytter forpliktelsen også til maktbegrepet. Han mener vi er i en situasjon med den andre som ikke kjennetegnes av å være et liv som utspiller seg ”i gjensidig aktelse og respekt for hverandres selvstendighet og uavhengighet på en helt uproblematisk måte” (ibid., 75). Tvert imot forutsetter relasjonen en erkjennelse av at vi er i et komplisert og utfordrende forhold til den andre, som vi ikke kan forholde oss likegyldige til. Vi er altså i et dilemma mellom våre egne behov og andres behov for oppmerksomhet og hjelp. Til dette knyttes betydningen av ansvar og det å være ansvarlig. Det er åpenbart avgjørende for å handle ansvarlig at en erkjenner å være i et maktforhold. En slik erkjennelse er en forutsetning for å være ansvarlig. Det betyr at en har innflytelse – en kan ikke velge å tro noe annet:

Å anerkjenne den kjensgjerning at våre innbyrdes forhold er maktforhold, uten å ville høre fordringen, er ensbetydende med å stille seg likegyldig til spørsmålet om hvorvidt makten over den andre skal brukes til hans beste eller til eget beste på hans bekostning. (Løgstrup, 1999, 76.)

En annen strategi overfor ansvarets posisjon er derfor likegyldighetens. Konformitet kan i så måte være en form for likegyldighet, som uttrykk for et bekvemmelig valg. Samtidig blir frihet, eller frirommet, betingelser for å kunne foreta valg, fordi ansvarlighet forutsetter frihet. Denne friheten er noe vi har som en idé, og som kan være vanskelig å erfare, fordi det er så mange omstendigheter som bringer oss i tilstander som minner om ufrihet og gjør det vanskeligere å foreta selvstendige, autonome valg.

Ansvar gir heller ikke noen garanti for å ha handlet rett eller galt. I tillegg utfordres den av gjenkjennelige menneskelige trekk som selvhevdelsestrang og ekspansjonsvilje, sier Løgstrup (1999, 132). Det er fordi ”... fordringen brytes av den enkeltes natur” (ibid., 132).

En må søke å skape premisser for å gjøre valg i tråd med ansvaret vi har for å realisere den caritative etikken. Det er ikke gitt at det er enkelt. Det er for mange krefter som ikke legger til rette for det frirommet som ville gjort ansvaret overflødig. Ikke minst finnes disse kreftene i oss selv.

6.4 Refleksjoner over etikkens vilkår i møtet med pasientens eksistensielle fordringer – i lys av studiens teoretisk del

Studiens teoretiske del som her er gjort rede for, representerer en mulighet til å forstå noe mer av etikkens vilkår i møtet med pasientens eksistensielle fordringer. Utgangspunktet har vært at de eksistensielle fordringene stiller hjelperen overfor særlige krevende utfordringer. I slike situasjoner blir også etikken spesielt utfordret. Grunnlaget for det er redegjort for i det foregående. Følgende oppsummering vil løfte fram viktige implikasjoner av det teoretiske materialet som grunnlag for antagelser om den caritative etikken:

6.4.1 Dehumaniseringens mulighet og dynamikk

Det er nødvendig å forstå destruktive krefters uttrykk og ”skikkelser” for å kunne stå imot det som bryter ned. Tillich skildrer dette dilemmaet som å være mellom det gode og onde, og i dette søke mening, samt at mennesket har evne til å føle fortvilelse over det som reduserer det menneskelige i og rundt oss:

Den [eksistensialismen] har nått fram till en ändpunkt. Den er blivit en realitet i alla länder i väster. Den kommer till uttryck på alla områden av människan skapande verksamhet, den genomsyrar överallt de bildade klasserna. Den är ingen uppfinning av någon bohemfilosof eller någon neurotisk romanförfattare; den är ingen sensationell överdrift för vinnings eller ryktbarhetens skull; den är ingen sjuklig lek med det negativa i tillvaron. Element av allt detta har ingått i den, men själv är den något annat. Den är ett uttryck för ångesten för meningslösheten och försöket att uppta denna ångest i modet att vara till som sig själv. [...] Människan i tjugonde seklet har förlorat en meningsfull värld och ett jag, som ut ifrån en andlig medelpunkt lever i ett meningssammanhang. [...] Människan har offrat sig själv för sina produkter. Men hon är alltså medveten om hvad hon förlorat och ständigt håller på at förlora. Hon är ännu tillräckligt människa för att uppleva sin dehumanisering som förtvivlan. (Tillich, 1977, 135.)

I denne sammenheng snakker ikke Tillich om en produksjon i betydning ”varer og tjenester”, men om noe genuint humant, som er å kunne begynne på nytt, omdanne seg selv og sin egen verden, for å kunne ta opp i seg angsten (ibid., 109). Dette er den ”produktive prosessen” som gjelder menneskets kamp i møte med trusselen om ”icke-varat”.

Vi har i oss evnen til å fortvile over det som skjer av onde ting. Dehumaniseringen er et symptom på en underliggende fortvilelse, knyttet til manglende mening og sammenheng med de livsbevarende betingelser for menneskelivet. Dette gir håp, fordi menneskets humanitet da er en realitet, samtidig som det er en livsbetingelse. Sykepleierne på posten som mobbet pasienten (se over), syntes kanskje at pasienten ikke fortjente bedre, ut ifra det hun tidligere hadde sagt og gjort. Ut ifra sin yrkesetikk skulle pleierne likevel forvalte ideelle intensjoner, uavhengig av pasientens fortid. På tross av at det fins klare etiske retningslinjer, skjer malpraksis.

Hva er det som likevel bidrar til denne negative impulsen og påfølgende destruktive handlinger?

Det er en sammenheng mellom et åndelig innhold i livet og en evne til å handle etisk. Denne sammenhengen må være intakt for å unngå forvitring av det moralske liv. Forholdet mellom den etiske fordring i situasjonen og det moralske innholdet i livet gir en mulighet til å forstå ”malpraksis”, som kan skje sporadisk eller noen ganger også systematisk:

På samma sätt råder det en växelverkan mellan det andliga och det moraliska icke-varat. Lydnad mot moralens bud, det vill säga mot vårt eget innersta väsen, utesluter tomheten och meningslösheten i sina radikala former. Om det andliga innehållet förlorat sin makt, är den moraliska självbejakelsen ett sätt, varpå livet åter kan få en mening. Att helt enkelt besinna sig på ens plikt kan rädda en undan tomheten, medan upplösningen av den moraliska känslan banar väg för ett nästan oemotståndligt angrepp av det andliga icke-varat. Å andra sidan kan ett existensiellt tvivel undergräva den moraliska självbejakelsen genom att slunga ned i skepticisms avgrund inte bara alla moraliska principer utan även den moraliska självbejakelsen så som sådan. I dette fall upplevs tvivlet som skuld, medan skulden på samma gång undermineras av tvivlet. (Tillich, 1977, 57.)

”Oppløsningen av den moralske følelsen” er et godt uttrykk for hva som har skjedd når gode moralske handlinger ikke skjer. Sammenhengen og gjensidigheten mellom det åndelige og moralske blir knyttet sammen og glimrende eksemplifisert i Sartres skuespill *De indespærrede i Altona* (her Løgstrup, 1993, 66ff). Historien forteller om en innflytelsesrik bedriftseier under 2. verdenskrig. Et spørsmål i stykket handler om å avstå grunn til bygging av en konsentrasjonsleir. Løgstrup diskuterer de moralske implikasjonene av spørsmålet, på hvilke måter det i denne situasjonen er sammenheng mellom handlingslivet og moral. Et av Løgstrups viktige anliggender er at ”*mening får vor handling af den verden, hvori vi lever*”

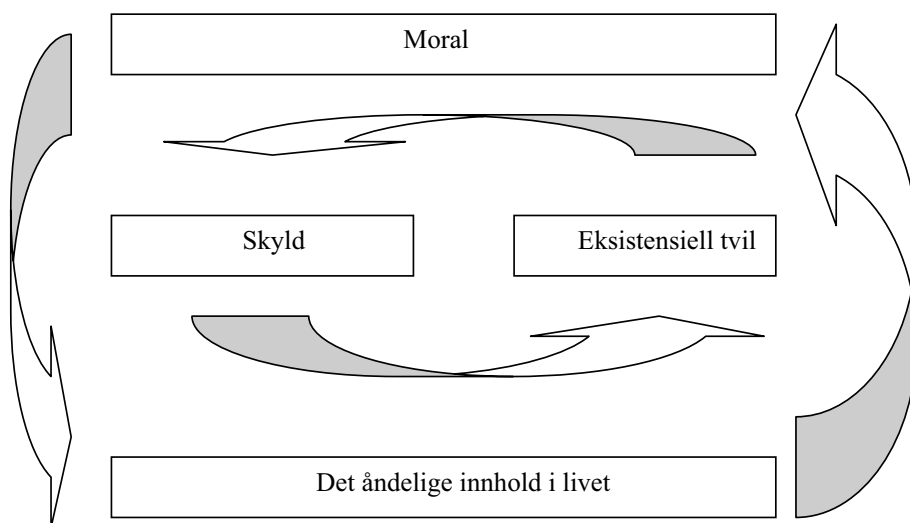
(ibid., 69). De ideelle etiske fordringer har dette som utgangspunkt. Derfor er det så viktig at vi forstår hva som utspiller seg i verden. Hvis dette er uklart eller en har tvil om situasjonens eksistensielle tematikk, vil det utifra Løgstrups resonnementer medføre en skeptisisme som vil si at en stiller spørsmål ved det som utspiller seg i samfunnet, fordi en søker å unngå en følelse av skyld.

For å unngå skyld, kan en velge å forholde seg som beskrevet over, fordi det er en måte å forstå hvordan akkumulering av skyld skyld: Ut ifra vår verdens grunnvilkår, nemlig at *”det ene menneske har det andet i sin magt”* (ibid., 69), vil relasjonen alltid være grunnlag og utgangspunkt for etisk beslutning. Når dette moralske innhold, som er i situasjonen, blir neglisjert, undergraves moralen og det å være autentisk. Da følger følelsen av skyld som en konsekvens.

Med dette som utgangspunkt kan en si det er en sammenheng mellom *”en avklaret livsforståelse”* (jf. Nåden, 1998, 290) – som samsvarer med *”det åndelige”*, og den moralske standard som settes og etterleves til enhver tid.⁶⁹

Figur 3 er egen visualisert fremstilling som anskueliggjør sammenhenger mellom det åndelige og det moralske og hvordan det igjen samvirker med skyld og tvil (ifølge Tillich, 1977, 57). Mennesket lever i bevisstheten om skyld og eksistensiell tvil, som igjen påvirker menneskets moralske bevissthet. Det kan medføre at mennesker vil kunne resignere i forhold til en moralsk standard de ønsker å etterleve. Om den moralske standard har en åndelig forankring, styrkes det moralske livet, fordi det åndelige bidrar til innhold og mening, som fremmer motivasjon for det gode.

⁶⁹ Dette er interessant i forbindelse med såkalte moralske mennesker. I negativ forstand kan slike oppfattes å være rigide på sine moralske grenser og vekke antipati, fordi en kjenner seg ekskludert fra selv å bli oppfattet som moralsk etterrettelig. På en annen måte gir ovenstående sitat en mulighet for å forstå og begrunne en slik holdning og væremåte på en positiv måte: Det ligger en beskyttelse for den enkelte i å opptre moralsk, men det fremmer også muligheten til å fremstå som autentisk gjennom å integrere sin personlige etikk med meningsfulle mål i livet. Som eksempel på dette er muligvis restitusjon av sin *”menneskelighet”* den største utfordringen for mennesker som kjenner seg moralsk kompromittert, altså om en har forårsaket brudd i sammenhengen mellom det meningsfulle og moralsk akseptable.



Figur 3: Sammenhengen mellom et åndelig innhold i livet og moral i relasjon til skyld og eksistensiell tvil.

6.4.2 Etikkens mulighet (1) – å velge sin skjebne

En fordring om omsorg i møtet med de eksistensielle spørsmål må tolkes, før en kan ha en formening om hva som kan være det beste gjensvaret. Men en kan utvikle innsikt i hva gode svar kan være, omstendighetene tatt i betraktning, forankret i relasjonens humanistiske etos – den caritative etikken.

Det kan være ulike meninger om hva de beste løsningene er. Usikkerhet kan avhjelpes ved å ha kunnskap om pasientens perspektiv i enhver situasjon.⁷⁰ Det er minst tre utfordringer for omsorgsetikken: Den ene er hvilke hjelpemuligheter som er tilgjengelig. Den andre er å enes

⁷⁰ En beslektet problemstilling og tilsvarende eksempler finnes innen psykiatrien og rusomsorgen. Det er svært ulike forståelser (paradigmer) som kan legges til grunn for behandling. Det er fordi ulike behandlingsformer begrunnes i ulike ontologiske valg, trolig fordi pasientens perspektiv og interesser er vanskelig å finne ut av – noen ganger vet de kanskje heller ikke sitt eget beste?

om forståelsen av de verdier som skal legges til grunn. Den siste er å velge de verdier og kunnskapen som beslutningene skal funderes på.⁷¹

Et skritt på veien til å forstå hva mot handler om, er knyttet til forståelsen av begrepet ansvar. Det er fordi ansvar representerer tilstanden når handlingen skjer, fordi ansvar impliserer noe eller noen en vil ivareta. Derfor innebærer ansvar en tolkning av fordringen(e) og et tilsvarende som kommer til uttrykk. Derfor er ansvar et etisk kjernebegrep som har en nødvendig plass i denne studien.

Ansvar knytter Løgstrup (1993) til spørsmål om skjebne, og i den forbindelse til begrepet "singularitet". Motet har en sterk forankring i en avklart livsforståelse (jf. Nåden, 1998). I dette ligger det en bevissthet om at noe er viktig i livet, noe en på ulike måter har forholdt seg aktivt til. I motsetning til denne måten å forholde seg på, står skjebnebegrepet, som viser til at noe skjer uten at en kan påvirke det.

Det må være en sammenheng mellom det å være modig og å ha en oppfatning av livet som dypest sett meningsfylt, og som en forholder seg ansvarlig handlende overfor.

Løgstrup (1993) beskriver konsekvenser av å tenke og å handle på en måte av betydning for etikken, der grunnlaget ikke er knyttet til en tradisjonell "skjebnetro", men hvor en begrunner sin plass i verden, ikke som en "*determinert utvikling, men som begivenhed og afgørelse*" (ibid., 113). En slik måte å tenke og handle på får konsekvenser for hele livsløpet, og er grunnleggende holdninger til de valgene en gjør. Løgstrup (1993) skriver:

Fordi vort liv er et liv i tiden, er alt hvad vi oplever uigenkaldeligt, det har eengangskaraktter. Fordi det har eengangskaraktter, kan det blive til skæbne for os, hvis vi lader det, som vi kommer ut for, standse os, give vårt liv skikkelse og måske give det en retning, som det ellers ikke ville have fået. Modsat kan et menneske holde sig skæbneløs ved at addere oplevelse til oplevelse, begivenhed til begivenhed, statistisk forflygtige hændelserne, lette både dem og dets egen tilværelse for singularitetens vægt. (Ibid., 113.)

⁷¹ En avgjørende forutsetning er å kunne operasjonalisere verdiene, for å se hva de representerer når de er virksomme i handling. Den negative motsatsen er når ingenting skjer, som om det finnes en mulighet for å "stemme blankt". I etikken finnes ikke denne muligheten. Tausheten, likegyldigheten, det manglende engasjementet er også handlinger: "Tragedien er ikke de onde menneskenes brutalitet, men de gode menneskenes taushet," sa Martin Luther King en gang.

Slike konsekvenser kan nødvendigvis ikke relateres til enkeltstående valg,⁷² men til valg som gjøres hele tiden. Det viktigste i denne sammenhengen er å understreke følgende: Om en forstår skjebne på denne måten, gir det muligheter for ny start, fordi fremtiden ikke er gitt, men kan og må velges hele tiden.⁷³ Men det forutsetter forsoning med seg selv og sitt eget liv, og med andre.

Løgstrups fremlegging av utviklingen av ”skjebnetroen” gjennom historien gjenspeiler ulike perspektiv på begrepet skjebne. Mange av disse tankene lever i beste velgående den dag idag. Løgstrup skriver om det å forholde seg bevisst og aktivt til sin skjebne, forme den, gi den skikkelse og retning, og gi alle små (og store) begivenheter den betydning (*vægt*) som de skal ha. Hvis ikke blir det som han skriver, at en ”*stryger indtrykket av sig, bevarer sin immunitet og går videre*” (ibid., 114), som om ingenting av betydning hadde hendt. En slik måte å forholde seg på, er uautentisk.

Som tidligere nevnt er varheten for det viktige i situasjonen – situasjonens eksistensielle tematikk – det som ikke må forbigås i taushet eller likegyldighet. Alt dette tematiserer et alvor som samsvarer med et kunnskapsbegrep (jf. Gadamer), der kunnskap forstås som dyp, internalisert innsikt. Dette er kunnskap om den mulighet den enkelte har til å ta inn over seg livets alvor, for ikke å komme i en situasjon der en ”*stryger indtrykket av sig, bevarer sin immunitet og går videre*” (ibid., 114) og ikke oppdager hva det var som skjedde.

Om det er slik at mennesket har en varhet for dehumaniseringen som kan skje, må det være viktig å utvikle kunnskap som understøtter og tar vare på denne varheten. Først da vil vi

⁷² Monsen (1987) uttrykker dette slik: ”*Det er gjerne de små viljer, de kortsiktige tanker og øyeblikkets bekvemme valg som bestemmer et menneskes liv; ikke nødvendigvis en samlende, sterk vilje, eller et valg en gang for alle. Få velger eksplisitt å tilbringe sitt liv i fengsel, eller å bli gammel hore. Men de velger hvert eneste av de små skrittene som fører dem dit. Livsløpet er for de fleste ikke ett stort skritt, men mange små. Det betyr at en del også kan ville selvødeleggelsen, om den grunnleggende følelsen er selvhat og selvforakt ...*” (ibid., 87).

⁷³ Spørsmålet om den ”frie vilje” aktualiseres her, men jeg går ikke inn på en grundig drøfting av mennesket frie vilje. Jeg nøyer meg med å slå fast at dette perspektivet forutsetter, slik som Løgstrup skriver, menneskets mulighet for å gjøre egne valg og dermed forme sin skjebne. En skal likefullt være ydmyk overfor mennesker i marginaliserte situasjoner, der en med rette kan hevde at det har begrensede valgmuligheter, om ikke annet så for sitt ytre sosiale liv.

kunne gi alle ”*små og store begivenheter den vekt de skal ha*”. Da først har en mulighet til å gjøre noe med den fortvilelsen en kjenner når det gode ikke skjer.

Dette er forutsetningen for å kunne forsones med fortvilelsen en kjenner på og det å kunne gjøre andre valg. Alternativet er å forholde seg likegyldig eller rutinert, fordi en er så innforlivet med ”*foretagender [som] ikke bekender sig til noget*” (Løgstrup, 1993, 68). Dette må en ut av, for å motvirke følelsen av selvforakt, ved aktivt å forhindre det som bidrar til opplevelsen av skyld.

For å kunne bevare den caritative etikken er det avgjørende å forholde seg til fortvilelsen en kjenner på, på en meningsfull måte, det vil si å handle adekvat og ikke være likegyldig eller bare ”litt bekymret” for det som skjer. Utfordringen er å prioritere og å gjøre verdibaserte valg. Da former en sitt liv – sin skjebne.

6.4.3 Etikdens mulighet (2) – å se den andre som en ser seg selv

Det er altså store utfordringer knyttet til møtet med eksistensielle spørsmål. Det kan være fristende å overse disse temaene, ikke å tenke situasjoner der disse temaene kommer opp, som enestående øyeblikk – som ”*begivenhed*” og ”*afgørelse*” (jf. Løgstrup, 1993, 113), som kan ha betydning for pasientenes liv og helse. De er i sin natur ikke behagelige.

En måte å håndtere slike tema på, er å ikke definere møter som betydningsløse eller begrensende, som når en forholder seg til pasienter kun med utgangspunkt i deres sykdomsdiagnose. Oppmerksomhet kun på diagnose gir et smalt perspektiv på pasientbehandlingen, som sykepleien ikke kan tilpasse seg og som er noe av grunnproblemet i helsevesenet i dag – noe prioriteres, andre ting gis lite oppmerksomhet. Dette diskuteres hos Nerheim (1991), som sier:

Det fordres refleksjon for å justere kursen når dine personlige og faglige idealer om omsorg overfor pasienten ikke lenger harmonerer med den realitet som praksis i det kliniske kollektivet faktisk trekker deg inn i. (Ibid., 104.)

Helsetjenesten organiseres slik at en i stadig mindre grad trenger å utfordres av menneskenes liv over sammenhengende tid. Poliklinisk behandling betyr mindre mulighet for lengre og vedvarende kontakt om forhold som helsemessig ville vært viktige for pasientene. Den stadige innskrenkning av liggetid på somatiske sykehus fremmer heller ikke en helhetlig tilnærming, når kriterier for inn- og utskrivning fra sykehus kun er knyttet til en medisinsk diagnose som samfunnet er villig til å betale for.⁷⁴

I omsorgen er en opptatt av pasientenes ”levde liv” og hva en i den forbindelse kan gjøre som har betydning for å avhjelpe helseproblemer. Menneskenes fysiske kropp har en tilknytning til eksistensen for øvrig (jf. Tillich). Derfor kan ikke helsepersonell tenke at deres møter med pasientene er ”enkeltstående tilfeller”, der det de gjør, ikke har betydning utover øyeblikkets ”manipuleringer”.

Spørsmålet er om pasientene kan oppfatte en begrenset tilnærming som krenkende, når pasientene ”tingliggjøres” ved en forenklende og begrensende problemorientering. Kanskje det er dette som muliggjør en uetisk praksis, fordi vi unnlater å ta viktige menneskelige hensyn, for eksempel til at mennesket er en enhet, med kropp, sjel og ånd?

Fremmedgjøringen av ”det menneskelige” kan også unngås om vi tar hensyn til at det menneskelige representerer ”varat”. Hvilke steder og ordninger tar hensyn til at pasienten kan få være ”menneske” først og fremst (jf. Travelbee, 1971)? Dette er et konkret innspill til betydningen av å etablere et ”menneske til menneske”-forhold (jf. Travelbee, 1971). Kanskje det er så enkelt at vi mennesker, for å handle etisk, er avhengige av å kunne identifisere den andre som lik oss selv og vite hvordan vi selv ville ønsket å bli behandlet i en tilsvarende situasjon?

For etikkens del er det avgjørende at det er sammenhenger mellom ”det konkrete” livet og det eksistensielle. Min påstand er at det er like avgjørende for det enkelte menneske, for at en skal

⁷⁴ En annen sak er hva medisinsk virksomhet rekker til – om hva eksempelvis spesialisthelsetjenesten skal tilby. Det er mange som peker på problemet med en omnipotent holdning til hva medisinen kan gjøre. Om en tydeligere kunne si hva den kan og ikke kan tilby, ville vi kanskje fått en meningsfull debatt om hva helsetjenesten totalt skulle kunne bidra med og gi rom for. Kanskje bør man åpne opp for en mer helhetlig tilnærming til pasientbehov? Da må en finne andre måter å beregne kostnader til helsetjenester på, enn det som skjer i dag. Og en må tenke annerledes om hva helse er og betyr.

kunne leve et verdig liv. Det ”konkrete” livet og det eksistensielle er vevet sammen i alt som skjer, om ikke bevisst, så i alle fall ubevisst. En god etisk praksis forutsetter at det etableres en sammenheng mellom det konkrete og abstrakte.

En kan være på sporet av denne sammenhengen om en forholder seg til mennesker, som til seg selv, også i profesjonelle sammenhenger. Det er, slik Nerheim (1991) skriver, en fristelse å bli gjøremålsorientert, fordi den vitenskapelige, objektiverende tenkningen kan bidra til det.⁷⁵ Ledsagende fenomener kan være å sørge for at virksomheten går, eller tenke om sykehus som ”foretagender”, som for øvrig ”ikke bekender seg til noget”(!) (Løgstrup, 1993, 68), på tross av fint formulerte målsettinger for virksomheten.

Hvilke organisatoriske konsekvenser får dette for eksempelvis sykepleietjenesten? Hvordan er sykepleiernes muligheter til å ivareta pasientenes behov når behandlingsmål primært knyttes til effektiv sykdomsdiagnostikk og -behandling, og stor pasientgjennomstrømning?

Innenfor sykepleien er det en sannsynlig fare for akkumulering av skyld. Dette har sitt utspring og sin årsak i hvilke kvaliteter som finnes i pasientomsorgen og som ikke samsvarer med de faglige, etiske og personlige ambisjoner som ellers finnes i sykepleien. Det er den enkelte sykepleier som representerer kvalitet, eller det motsatte, i pleien. Det er en stor utfordring å se dette moralske alvoret, som ikke bare pleiegruppene er opptatt av, men alle som ikke bare er opptatt av pasientens konkrete sykdommer, men også av deres bekymringer. Det kan være vanskelig å gå inn i en god relasjon til pasienten, fordi muligheten til å gjøre en anstendig jobb ikke er til stede. Da blir også muligheten for å ta imot pasientens fordringer vanskeliggjort. Relasjonen blir uærlig og dermed ikke autentisk. Dette stimulerer forvitringen av grunnleggende verdier i en organisasjon, fordi det akkumuleres en kollektiv skyld, som løses enten ved en skjult anarkisme⁷⁶ eller stor turnover. Ledelsens visjoner og velvalgte ord om kvalitet oppfattes som lite troverdige.

⁷⁵ Denne vitenskapen har i dag gått i kompaniskap med en økonomisk rasjonalitet, trygt forankret i en frykt for store offentlige overføringer til et helsevesen som aldri får nok penger.

⁷⁶ En kan velge ikke å følge ledelsens retningslinjer, fordi de ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til det som fagfolk mener er nødvendig for å gjøre en god jobb. ”Anarkisme” innebærer å følge sine egne retningslinjer, her ut fra faglige hensyn, selv om det ikke bifalles av ledelsen.

Det å ha en identifikasjon med den andre, kan være en god strategi for å bevare en etisk god praksis. Men en slik interesse for andre forutsetter en forsoning og aksept av eget liv, av egen personlighet og egen berettigede plass i tilværelsen. Om ikke denne selv-respekten (eller selvkjærligheten) er på plass, blir det også liten plass for andre. Det finnes nok mange som ikke ser sammenhenger mellom eget og andres liv så klart, men et stykke på vei er det mulig å se og akseptere at andre har like behov som en selv, ut ifra en rettferdighetstanke. Ideen om barmhjertighet og nestekjærlighet, omsorg for den andres egen skyld, kan ut ifra dette forstås. Denne forståelsen kan igjen næres gjennom tanken om en solidaritet med den andre, på samme måte som denne solidariteten kommer en selv til gode.

Døden er den ytterste eksistensielle barriere som vi alle står overfor. Refleksjoner er gjort (blant annet i kapittel 2.2) om fellesskapets betydning i møte med våre innsikter om døden, der frykten for ensomheten er til stede. Vi utfordres til å være autentiske mennesker, fordi vi skal opptre ansvarlig overfor mennesker i alvorlig krise. Om pasientens innsikt ikke identifiseres av den som skal hjelpe, står en i fare for å la pasienten forbli alene med de vanskelige spørsmålene. Uansett kreves mot til å møte disse spørsmålene, i både eget liv og andres.

Autentisk liv kjennetegnes av spontane livsytringer og forutsettes å være til stede om en skal erfare en god relasjon, kunne være sammen om de eksistensielle spørsmål og lindre pasientens lidelse.

Likegyldighet eller engasjement representerer holdninger hos den som skal hjelpe, som kan få store konsekvenser for pasienten. Holdninger er utøvelse av makt fordi preferanser da vil komme til uttrykk i form av prioriteringer eller av hva som som gitt oppmerksomhet. I ujevne maktkonstellasjoner, som mellom pasient og hjelper, student og lærer, foreldre og barn (osv), forrykkes dette maktforholdet på en negativ måte om en ikke erkjenner *at* dette er maktrelasjoner (jf. Løgstrup, 1999, 76). Det er fordi en lettere vil kunne ignorere den andre om en ikke er oppmerksom på sin rolle i relasjonen. En kan for eksempel velge en tilbaketrukket væremåte, hvor en heller aktivt burde bruke sin innflytelse til den andres beste. I slike situasjoner kan en bli oppfattet som likegyldig og uengasjert, selv om intensjonen bak ”tausheten” var positivt ment. Av gode grunner ønsket en å unngå konflikt, og heller finne ”minnelige ordninger” i situasjonen. Slik kan gode intensjoner feile i situasjonen, og

konsekvensene bli unnlatesynder. Hvordan skal en tenke og finne gode løsninger i slike situasjoner?

Konflikt inngår som en del av ethvert aspekt av menneskelivet, sier Max Weber (her Starr, 1999). Etikdens anliggende er uansett å strebe henimot det beste – en slags idealtilstand, samtidig som Webers utsagn er en realistisk forståelse av virkeligheten: *”Values alone, he [Weber] proclaims, cannot guide morally serious human beings; hence, moral seriousness brings inevitable risk, struggle, and guilt”* (ibid., 419). Alle som ønsker å leve et etisk våkent liv, kan ikke unndra seg konflikter når situasjonen krever det. En kan ikke regne med et ”fredlig” liv. Samtidig søker en etter harmoni og balanse i tilværelsen. Mellom disse to posisjonene oppstår et spenningsforhold, som kan beskrives som et dilemma mellom idealisme og pragmatisme:

What are the demands of my values, and how can I conduct myself consistently with them? The other type is uninterested in consistency with values, but rather asks, What is the most efficient route from A to B? (Ibid., 419)

Dette er en beskrivelse av konkurrerende verdier, mellom ideelle mål og mer pragmatiske, og kan oppfattes som en kampsituasjon (*struggle*), som spilles ut i mellommenneskelige forhold og i institusjoner/organisasjoner. Slike strategivalg sier mye om hvem en er som menneske. Mennesker beskrives, som tidligere nevnt, som *motsetningsrike* eller *motsetningsfattige* (jf. Løgstrup, 1993, 131). Om en er det ene eller det andre har betydning for hvordan en forholder seg til dilemmaer. Ifølge Weber kan dilemmaet oppleves for noen som en krevende kampsituasjon, fordi de forholder seg til det motsetningsfylte, mens andre ikke gjør det eller gjør det i mindre eller liten grad.

Ut ifra dette synes evnen til å se og leve i det motsetningsfylte å gi bedre mulighet for etisk refleksjon. Trolig er denne evnen en forutsetning for etisk refleksjon og det å kunne gjøre gode, relevante beslutninger. Det motsetningsfylte står i et nært forhold til personen som reflekterer, fordi innen etikken henger person og moral nøye sammen. Løgstrup eksemplifiserer dette også som en forening av motsetninger:

Det kan for eksempel være en forening af kompromisløshed og fordomsløshed. Den fordumsfulde kan sagtens være kompromisløs, han kan ikke andet, det går af sig selv. Men får kompromisløsheden ikke bevægelse i sig af fordomsløsheden, stivner den og bliver til udslag af stædighed. (Løgstrup, 1993, 132.)

Det er det motsetningsfylte som skaper liv i etisk refleksjon, fordi forutsetningen for at refleksjon skal kunne skje, er at alle relevante forhold er inkludert i dialogen, også de ubehagelige fakta som en kunne ønske å utelate og ikke forholde seg til.

Konklusjonen trekkes på grunnlag av de verdier som blir foretrukket. Etisk refleksjon og moralske valg er derfor et resultat av en personlig verdiavklaring. Målet må være å sikre personlig konsistente verdivalg, som er forankret i den enkelte. I vårdande må denne også forankres i den caritative etikken. Denne dobbelte hensynstaken og refleksjon over sammenhengen mellom personen som bærer av caritas, og vårdvitenskapens etos (som er substansen), er i noen grad beskrevet i denne studien.

Noen velger pragmatiske og konforme løsninger, muligens fordi situasjonen ikke representerer noen stor verdikonflikt. Slike løsninger kan skyldes unngåelser, konforme væremåter eller andre strategier for ikke å måtte forholde seg *ansvarlig* i situasjonen. Valg kan ha mange ulike bakenforliggende årsaker:

The shallowness of our routinized daily existence in the most significant sense of the word consists indeed in the fact that the persons who are caught up in it do not become aware, and above all do not wish to become aware, of this partly psychological, partly pragmatically conditioned motley of irreconcilably antagonistic values. They avoid the choice between "God" and the "Devil" and their own ultimate decision as to which of the conflicting values will be dominated by the one, and which by the other. (Weber, her Starr, 1999, 421–422.)

Å gjøre valg innebærer en vedvarende personlig bevisstgjøringsprosess om hvilke verdier som er aktuelle og som en velger å forholde seg seriøst til. I denne studien er ansvar, mot og offer sentrale verdier og viktige orienteringspunkter for en slik avklaringsprosess. De representerer substansen i den etiske refleksjon. En kan se en gjensidighet i forholdet mellom begrepene ansvar, offer og den etiske fordring på følgende måte:

Vi er som mennesker i vedvarende og forpliktete relasjoner. Det er et faktum. I noen situasjoner fordrer dette at vi forholder oss til vanskelige livsspørsmål. Disse kan oppleves ubehagelige, og vi kan ønske å trekke oss bort ifra dem. Når en påtar seg ansvar, forholder en seg ikke likegyldig, men handler til den andres beste. Offer kan betraktes som en omkostning en påtar seg ved å utvise ansvar, fordi en forholder seg til situasjonens fordringer og ikke viker unna. I dette ligger også erkjennelsen av å være i dilemmaer der en forsaker eget behag

og søken etter harmoni. Offeret forutsetter og muliggjør ansvarlige handlinger. Offeret vil ta høyde for spenningen mellom ønsket om fred og fordragelighet, og forpliktelsen til å handle og forholde seg kompetent. I offeret ligger erkjennelsen av at det er kryssende interesser mellom egne og andres behov, og en velger den andres når en er i en fordret situasjon⁷⁷. Konformitet kan ut ifra dette oppfattes som ansvarlighetens motpol, fordi den setter egne behov først i situasjoner der den andres burde ha forrang. Konformiteten tar ikke slike hensyn. Den tilpasser seg situasjonen – viker unna, slik den umiddelbart fremstår, ut ifra det som i øyeblikket synes å innebære bekvemme løsninger for en selv. Slik har en forfeilet målet for sin lojalitet. Konforme beslutninger har heller ikke et langsiktig perspektiv.

Å velge ikke å realisere viktige ideal, kan derfor på sikt være ødeleggende for andre, men ikke minst for en selv. Dette skjer gjennom at en trekker seg ut eller unnlater å handle, og en gir plausible begrunnelser, som øyeblikkets hensyn eller frykten for represalier. Det er fordi omsorg og nestekjærlighet henger nøye sammen og har livsytringenes kjennetegn. De må ut ifra sin ”natur” leves ut, spontant og uten forbehold. Om det ikke skjer, nedbygges tillit og det blir mer forbeholdenhet i relasjoner. Etikkk og annen nødvendig kunnskap søker å gjøre oss mottakelige og sensitive for situasjonens appell eller for hva fordringen innebærer, for å kunne handle til den andres beste.

Det er tidligere antydnet at offer kan ha katalysatorens funksjon. Det betyr at offer muliggjør en hendelse/handling. Det innebærer at initiativet *først* kommer fra hjelperen. Hjelperen har besluttet å komme den andre i møte, valgt å prioritere dennes behov og ønsker i tråd med fordringen i situasjonen, uten først å vente på initiativ fra pasienten (jf. Eriksson, 1999). Med hensyn til det å være ansvarlig, innebærer dette en risiko for det som måtte komme til å skje, fordi ansvar ikke innebærer full oversikt over alle mulige konsekvenser, eller en garanti for et positivt utfall.

Eksistensielle spørsmål utfordrer på en spesiell måte relasjonen hjelper–pasient. Det er gjort rede for i det foregående. Ut ifra det foregående kan en trekke noen viktige konklusjoner som anses å være sentrale antakelser på bakgrunn av studiens teoretiske del. Antakelsene (se neste avsnitt) er denne studiens teoretiske bidrag for å fremme den caritative etikken – som uselvsk

⁷⁷ Det er det som i denne sammenhengen er ”saken” eller anliggendet en skal være ansvarlig overfor.

hjelp i en ånd av barmhjertighet og nestekjærlighet – med tanke på å kunne lindre pasientens lidelse når han møter livets yttergrenser.

6.4.4 Antakelser om den caritative etikken i møtet med pasientens eksistensielle fordringer – i lys av studiens teoretiske del, den etiske fordring og vårdvitenskapelige forutsetninger

Det vil her følge en kort innledning til de antakelser jeg har formulert på bakgrunn av vårdvitenskapens forutsetninger, studiens etiske grunnlag og sentrale anliggender knyttet til begepene mot, offer og ansvar.

Når en skal forstå en handling, kan en velge ulike perspektiv. Ulike teoretiske innfallsvinkler kan gi ulike svar (jf. Larsson, 1993). Denne studien vektlegger et spesifikt normativt innhold, samt betydningen av at dette grunnlaget internaliseres til å bli et personlig normativt grunnlag som motiverer en caritativ etikk. En holdning som internaliserer den caritative etikken kan oppfattes som resultat av dype psykologiske prosesser. Hvordan det skjer, er i denne studien ikke diskutert i lys av en psykologisk forståelsesramme, siden studien forholder seg til et vårdvitenskapelig perspektiv som forutsetter innsikter gjennom en hermeneutisk erkjennelsesvei (epistemologi). Den personlige integrerte etos innebærer kjennskap til mørke og lys, ondt og godt, rasjonalitet og irrasjonalitet, og livet som mangefasettert og motsetningsfylt. Derfor er det forutsetninger knyttet til personer som integrerer det motsetningsfulle i tilværelsen, at de har ryggrad til å handle i tråd med dette utgangspunkt, men også at de kan opptre forsonlig overfor både seg selv og andres tilsynelatende irrasjonalitet eller inkonsistente etiske valg. En slik måte å forholde seg skjer på bakgrunn av kontinuerlige bevisstgjøringsprosesser om verdivalg, som resulterer i likegyldighet eller engasjement.

De tre første antakelsene representerer premissene knyttet til personen som bærer av en personlig etos, som dermed er en nøkkelperson for å kunne møte den etiske fordring – altså en person som skal kunne oppøve en etisk varhet og som dermed oppfatter det som er etisk relevant i situasjonen.

Ut ifra dette kan tre antakelser formuleres (A–C):

A. Det er nøye sammenheng mellom personen og hva som er etisk betydningsfullt. Hvilke etiske internaliserte verdier en har, bestemmer hva personen anser som viktige etiske spørsmål. Etiske vurderinger kan påvirkes gjennom innsiktsgivende prosesser (læring) og gjennom personens natur som motsetningsrik eller motsetningsfattig.

B. Det er et dilemma for den etiske beslutning i det å kunne ta opp i seg det motsetningsfylte i situasjonen samtidig som det (motsetningsfylte) er en forutsetning for (1) å *se* etiske dilemmaer, (2) ha *vilje og mot til å mobilisere engasjement* til beste for pasienten og (3) *handle* etisk til beste for den andre, selv om det er ubehagelig for en selv.

C. Hvorvidt etiske spørsmål blir tatt på alvor, er betinget av at spørsmålene blir oppfattet som en etisk fordring.

I den mer konkrete behandlingen av studiens datamateriale fremkommer det at ansvarlighet innebærer handling. Ansvar innebærer realisering av den personlige etos' fordring i møte med pasientens eksistensielle tematikk, uten hensyn til annet av mindre betydning for situasjonen. Ansvarlighet innebærer å sette på seg "skylapper" for det gode formål. Det motsatte kan oppfattes som konformiteten, som er opptatt av alle andre tilstøtende men perifere hensyn, som heller ivaretar kortsiktige personlige hensyn, for å unngå potensielle belastninger. Konformitet er å skjerme seg fra ubehag. Det skjer fordi tidsperspektivet er øyeblikket, som begrunner handlingen ut ifra øyeblikkets ønsker og behov. Det personlige offer strekker seg ut over øyeblikket, og må ta i betraktning hva som er det gode over tid, for den andre. Tiden blir da en faktor av moralsk betydning og spiller med i det å kunne se hva som er relevant for å forstå den caritative etikkens struktur og funksjonalitet, for å kunne ivareta den etiske fordring.

Ut ifra dette kan nye to antakelser formuleres (D–F):

D. Konformitet er ansvarlighetens motpol, fordi en ansvarlig handling prioriterer den andres beste, i nåtid og fremtid, når det er situasjonens etiske fordring.

E. Offer er etikkens katalysator, fordi den overviner egen frykt for pasientens eksistensielle tematikk og sikrer hjelp til den hjelptrengende. Det er fordi pasienten er blitt hjelperens anliggende (*ansvar*) og har dennes sårbarhet og lidelse som utgangspunkt. Holdningen til pasienten er preget av en *forsonende* innstilling, og hjelpen som gis er ubetinget, uegennyttig, basert på barmhjertighet og nestekjærlighet.

Den siste antakelsen i denne delen av avhandlingen berører forhold som utløser konsekvenser av en manglende ivaretagelse av etiske anliggender. Dette punktet beskriver konsekvenser på intra- og interpersonelt plan. Det er veldokumentert at destruktive handlinger ikke fremmer det gode i og mellom mennesker. Omvendt er gode strategier for å fremme det gode i og mellom mennesker, det som kan fremme gode helseprosesser, på alle helsenivå. Det som beskrives i følgende antakelse, er konsekvenser av, men samtidig forutsetninger for det gode som skjer. Livsytringene beskrives som mulighetsbevarende betingelser for den gode samhandlingen mellom mennesker, for hverandres livs- og dermed handlingsrom.

I denne søken har frihet i ontologisk forstand fremkommet i litteraturen som en kjerneverdi i den caritative etikken, fordi den har en klar tilknytning til kjærligheten (*caritas*). Da sluttes flere ”lenker” og en kan si:

F. Ikke å velge det gode (beste), bidrar til forvitring av relasjoners moralske grunnlag og gjennom det til akkumulering av skyld. Forsoning (*offer*) forløser skyld og er en forutsetning for at hjelp kan *bli gitt* på best mulige måte og at det er *anledning* for å gjøre det (*frihet*).⁷⁸ På denne måten kan livsytringenes forstås som den caritative etikkens kjennetegn og mulighet (jf. Løgstrup, 1990, 24⁷⁹).

⁷⁸ Forsoning skjer ikke, med mindre en kommer i en situasjon med den andre som har frihetens kjennetegn. Det gir anledning til å forløse de eksistensielle fordringene i situasjonen.

⁷⁹ ”Tillid, oprigtighed, barmhjertighed avler nye muligheder, for den anden og for een selv. De holder liv i tilværelsens karakter af mulighed. Mistillid, uoprigtighed, ubarmhjertighed tenderer i retning af at berøve tilværelse, den andens og ens egen, dens karakter af mulighed og gøre den til et tvangsforløb. Tillid er en mulighedsvedligeholdende mulighed. Mistillid er en mulighedsophævede mulighed.”

7 Empirisk del

Det empiriske datamaterialet, med utgangspunkt i sykepleiens kontekst, gir en viktig inngang til drøfting av studiens problemstilling. Derfor er det nødvendig å beskrive sentrale sider ved sykepleiens faginnhold for å synliggjøre egen fagforståelse og forforståelse, som er en viktig bakgrunn for refleksjonen over forhold som innfluerer sykepleiens forvaltning av caritativ omsorg.

Sykepleieres handlinger er uttrykk for det en anser er sentrale anliggender om hva sykepleie er. Praksis er en formidling av internaliserte begrunnelser og/eller implisitte teoretiske forståelser av faget. Det interessante for denne studien er på hvilke måter denne forståelsen får etiske implikasjoner, og hvordan praksis samvirker med sykepleiens teoretiske (og normative) grunnlag. Gjennom dette vil en kunne si noe om hva det er som gjør eksistensielle spørsmål utfordrende.

Tilknytningen til sykepleie bidrar også til hvordan formidlingen av vårdvitenskapelig kunnskap skjer, men også utfordres, fordi studien er tilknyttet en konkret yrkeskontekst som i stor grad deler vårdvitenskapens etos og søker å uttrykke dette grunnlag i sitt arbeid.

7.1 *Forskningsetiske hensyn (2)*

I det følgende gis en samlet fremstilling av forskningsetiske hensyn knyttet til den **empiriske** delen, fordi den involverer andre personer på en spesiell måte.

Forskningens tematikk gir umiddelbart etiske implikasjoner. Noen av de overordnede forskningsetiske spørsmålene er allerede belyst: Studien søker innsikt i følsom tematikk. Studiens empiriske del søker informasjon og innsikt primært fra sykepleiere, men fra sykepleiere som er i nær kontakt med alvorlig syke pasienter. Derfor var det viktig å vise varsomhet i valg av metode, og særlig i den praktiske gjennomføringen.

På grunn av studiens tematikk og vitenskapelige ambisjon om å få innsikt i sykepleieres perspektiv og erfaringer i møte med vanskelige livsspørsmål, deres tanker og refleksjoner om

sine valg og handlinger, var en primær målsetting å knytte meg til en post og deres sykepleiere, som kunne formidle egne erfaringer og tanker til meg. For å kunne det, ville det være nødvendig med en grunnleggende fortrolighet. Samtidig representerer dette et dilemma. På den ene siden finnes en forskningsambisjon og på den andre siden finnes menneskelige hensyn som måtte ivaretas.

Intervjuet (bl.a.) bør legges opp på en måte som bevarer informantens integritet, ved at en tar hensyn til informantens vurderinger, motiver og selvrespekt. [...]... og vedkommende skal heller ikke utsettes for en kritisk vurdering av forskeren. (Thagaard, 1998, 98.)

Hensikten med samtalene var ikke å konfrontere sider ved informantenes person. Det innebar ikke å fokusere deres personlige motiver, men sammen reflektere over deres perspektiv på studiens tema og interessefelt (Thagaard, 1998, 86). Men særlig i situasjoner der forskeren ser at det er manglende sammenheng mellom verbale budskap og informantens kroppsspråk, er det er fristende å utfordre informantene. I slike situasjoner er det viktig å respektere de grenser informanten selv setter om hva han eller hun vil invitere til, selv om det betyr at interessant informasjon ikke kommer fram. I den konkrete gjennomføringen kom ingen slike (marginale) situasjoner. Det er det sikkert flere grunner til, bl.a. et felles ønske om å fokusere de saklige anliggender som underveis i perioden ble tydeligere gjennom mange uformelle samtaler.

Prosjektplanen beskrev initialet studiens hensikt. Denne fulgte søknaden til institusjonen. Her ble studien godkjent i det lokale organ som godkjenner interne prosjekter (se vedlegg). Studien ble godkjent i REK (se vedlegg) og for innsamling av data (NSD) (se vedlegg). Begrunnelsen for å sende studien til REK, var at studien indirekte ville innebære pasientkontakt. I tillegg ble observasjonsdelen rikere, om jeg, i noen grad, kunne ha uformell kontakt med pasienter. Jeg hadde også jevnlig kontakt, særlig med et pasientrom og spesielt en pasient, over tid. I den forbindelse ba jeg også om informert samtykke fra disse pasientene (se vedlegg), slik at disse var eksplisitt orientert om hvem jeg var og hvorfor jeg var på institusjonen. Ellers oppholdt jeg meg stort sett i felles oppholdsrom. I den grad jeg hadde pasientkontakt, presenterte jeg meg, fortalte hva jeg holdt på med og gjorde enkelte tjenester for dem det falt seg naturlig å hjelpe. På den måten hadde jeg naturlig kontakt med flere.

Avdelingens ledelse hadde gitt sitt samtykke til at jeg kunne tilbringe en lengre periode i avdeling (fra januar til april). Det innebar mye tid og omgang med alle som hadde arbeidsoppgaver knyttet til avdelingen. I denne perioden rekrutterte jeg informanter til samtalene som ble gjennomført i siste delen av perioden. Jeg bestemte meg fort at å ”mase” om å få så mange informanter som mulig, ikke ble rett, tatt i betraktning studiens tematikk som jeg anser involverer det personlige på en spesiell måte. Det er blant annet fordi det ligger et evaluerende element i studien, i og med at den er opptatt av hva som skjer og hvordan sykepleiere erfarer å møte vanskelig spørsmål fra pasientenes side. Derfor ønsket jeg ikke på noen måte å komme i en situasjon som uttrykte noen form for skuffelse over antall rekrutterte informanter. Selv tror jeg at noen ikke ønsket å være med fordi de ikke ville dele sine erfaringer med meg, fordi de opplevde dette for personlig eller ikke syntes de trengte å gjøre meg denne ”tjenesten”. Om så er tilfelle, var forskerens varsomhet velbegrunnet. Det kan være at noen informanter har delt sine erfaringer fordi de syntes de burde. Jeg tror det foregikk i former som bidro til at det likevel ble en positiv erfaring. I hvert fall var det min intensjon å være saksopptatt. I den forholdsvis lange perioden forut for samtalene ble jeg også godt kjent med informantene. Det innebar trolig at samtalene som ble tatt opp på bånd, ble en naturlig forlengelse av mange andre uformelle samtaler vi hadde hatt tidligere.

Jeg la vekt på en diskret tilstedeværelse, men grep sjansen til uformelle refleksjoner med ansatte, når sjansen bød seg. Det skjedde gjerne spontant, uten at jeg hadde initiert den. Samtidig var det flere episoder der samtaler oppsto om tematikk som hadde å gjøre med at jeg var lærer. Mange sykepleiere har ikke bare positive erfaringer fra egen utdanning.

Alt i alt ivaretok perioden, fra mitt utsiktspunkt, alle nødvendige forskningsetiske hensyn. Ikke minst oppfatter jeg ledelsen (på alle nivå) som en døråpner for studien, og at den støttet studien på alle måter. Den konkrete gjennomføringen syntes også å ivareta den legitimitet studien ble gitt fra ledelsens side.

7.2 Sykepleie som studiens kontekst

Sykepleieteori er i stor grad en teoretisering over sykepleieres praksis eller kondensert empiri. På tross av dette er det en spenning i sykepleiefagets teoretiske grunnlag, fordi det ikke synes å legitimere og begrunne eksisterende praksis.

Teori kan også bli oppfattet som normativ for praktisk utøvelse. Fordi en søker å utvikle teorier om sykepleie gjennom praksis, gjennom å finne essenser av hva sykepleie er, oppfattes den induktive ”veien” til kunnskap som den mest naturlige i sykepleien. Induksjon kan nesten oppfattes som metodisk premissgivende for den fagforståelsen som kan vinne gjenklang og bli oppfattet som gyldig kunnskap (Fjelland & Gjengedal, 1995, 9ff; Aadland 1997). Praksis sitter på en måte med målestokken for hva som er relevant kunnskap i sykepleie. En kan si at det er den rådende praksis eller det sykepleiere gjør, som konstituerer faget.

I sykepleien er det også en sterk forbindelseslinje mellom faget og personene som utøvere av faget. Fagforståelsen er implisitt i personen (taus kunnskap). Det gjør fagkritikk vanskelig, fordi det samtidig blir en kritikk av personer (Bakken, 2001). Dette innebærer at tidligere erfaringer med sykepleie og utdanning, også kan påvirke oppfatning og holdning til sykepleien.

I noen grad diskuteres forholdet mellom sak (kunnskap) og personen som utøver faget. Van Hooft (1999) diskuterer et mulig forenende punkt – en verdibasert praksis:

I am stressing that caring is not just a matter of feeling rightly, it is also a matter of thinking rightly; this involves having the required knowledge. It is only a person with the relevant knowledge that can act effectively and virtuously. (Ibid., 195.)

Carnevali (1983) fremstiller helseprofesjoners relasjon til medisinen. Sykepleien fremstilles som å være ”under medisins vinger” – som en funksjon av medisinen. Etter mitt syn er dette fortsatt et rådende paradigme som preger forståelsen av sykepleie som fag, og som gjør det vanskelig å snakke om et eksplisitt ansvar i sykepleien. ”Hva” skal sykepleie være ansvarlig for?

Studien problematiserer en ”induktiv argumentasjon” – for sykepleiefagets forankring – for hva som skal inkluderes eller holdes utenfor fagets anliggender. Dette gjøres fordi det har betydning for etikken. En slik diskusjon vil også ha konsekvenser for fagets verdigrunnlag, fordi disse verdier inngår i faget og hva en tenker om det en gjør. Siden sykepleie er denne studiens kontekst, vil det være fenomener som fremkommer i denne kontekst, som skal belyse på hvilke måter disse fenomener er sentrale for ivaretagelsen av omsorgen for pasientene. Dette legitimerer sykepleiens relevans i denne studien.

Kunnskap skapes og utvikles induktivt og deduktivt. Det vil alltid finnes en ”teori” i form av en forforståelse, som spiller inn i begrunnelsen for handlinger. Praktisk utøvelse, forstått som uttrykk for internaliserte verdier, kan derfor ikke bare forstås ut ifra ”praktisk nytte”, men også ut ifra hva situasjonen på en grunnleggende måte fordrer med hensyn til sykepleiens etos. Denne etos må være gitt eller formulert. I dette vil studien løfte fram vårdvitenskapens caritative etos og knytte den til sykepleiens verdigrunnlag.

Historisk og retorisk deler sykepleien vårdvitenskapens ambisjon (etos) om å fremme helse og lindre lidelse. Det er utenkelig å begrense dette anliggende i sykepleien, ut ifra to hensyn: (1) Sykepleiens menneskebilde sier at mennesket er enheten kropp, sjel og ånd. Den ontologiske helsemodellen, som korresponderer med dette menneskesynet, søker å ivareta helse på alle nivå (gjøre-, være- og tilblivelsesnivå) (jf. Eriksson et al., 1995). Sykepleie har som fag og yrke alltid hatt menneskets ”allmenne kår” (grunnleggende behov) som utgangspunkt (jf. Nortvedt, 1998). ”Pleie og stell av den syke” handler om å være et sted imellom der pasienten klarer seg selv og må ha avansert og spesialisert hjelp. På hvilke måter de grunnleggende vilkårene ved det å være menneske ivaretas eller understøttes under sykdom eller kritiske faser, er sentrale anliggender for sykepleien, uansett kontekst. Derfor er de ”grunnleggende behovene” konstituerende for sykepleiefaget og bidrar blant annet til avgrensning av de faglige ambisjonene. Et prinsipielt utgangspunkt er, ut ifra dette, at sykepleien skal avhjelpe og støtte alt som utfordrer menneskets forutsetninger og muligheter for å leve slik det i utgangspunktet ønsket å leve sitt liv, om det hadde hatt muligheten til det. *Det å legge til rette for at pasientens grunnleggende behov kan ivaretas i hans kontekst og tilpasses denne, og å kunne gi den konkrete hjelpen tilpasset pasientens helsetilstand, skal være sykepleiens uttrykk for omsorg, i en periode, kort eller lang, som pasienten trenger sykepleie.* Dette gir muligheter til å begrunne sykepleiefaget opp imot andre faggrupper i helsevesenet, samtidig som det gir

mulighet for å utvikle en helhetlig og sammenhengende kompetanse om det å hjelpe pasienten med å ivareta de grunnleggende behov på en omsorgsfull måte.

Derfor er ”omsorg” (*caring* eller *vårdande*) også et ”konstituerende” element for sykepleien, fordi det fokuserer pasientens erfaringer som syk. Omsorg er grunnleggende for et verdig liv.

På denne bakgrunn kan en si at *sykepleie er å ha omsorg for pasientens egenomsorg, knyttet til hans grunnleggende behov, gjennom å fremme og bevare helse og lindre hans lidelse.*

Det som til nå er sagt, gir ikke klare anvisninger for sykepleiens ”yrkespraksispraksis” eller yrkesrolle. Det er fortsatt en utfordring å utforme hva den konkrete hjelpen skal være.⁸⁰ Etisk blir dette interessant, fordi etikken er opptatt av det som bevirker handlingen og dens funksjon som god eller mindre god for pasienten. Men først må det besluttes om intervensjonen er en del av sykepleiens mandat. Det er altså et spørsmål om sykepleiens (ansvarlighetens) grenser og ikke bare hvilken ”form” hjelpen skal få. Det som er sykepleiefagets anliggender, avgjør *hva* en skal ta ansvar for. Det blir også begrunnelsen for fagets etiske mandat. Når oppgaver inkluderes i yrkesrollen, får det umiddelbart etiske implikasjoner. Dette utfordres spesielt når de etiske implikasjonene er av eksistensiell art. Noen ville kanskje hevde at disse ligger utenfor sykepleiens ansvarsområde (jf. Nortvedt, 1998).

Her berøres spørsmål av paradigmatisk art, som i sykepleiefaget er uavklart. Det har sannsynlig med mange forhold å gjøre, men trolig er tre forhold avgjørende: Ett har å gjøre med sykepleieres affinitet til hvordan faget ønskes beskrevet. Et annet forhold er at det i sykepleien er anledning til å uttrykke innholdet i sykepleiefaget på ulike måter og at det er legitimitet for å gjøre det. Et tredje forhold er at sammenhengen mellom kropp (som natur) og menneske (som kultur) kan være vanskelig å forene. Sannsynlig er dette en grunnleggende utfordring (paradigmatisk og retorisk) for profesjonen sykepleie, som ønsker en teori for sin praksis (eller omvendt).

For vårdvitenskapen er dette et viktig anliggende. Sykepleie som en humanistisk forankret profesjon må også la dette utgangspunkt komme til uttrykk. Dette påvirkes også av hvilken

⁸⁰ Særlig i et høyspesialisert helsevesen er det mange interesser om hva sykepleiere bør gjøre. Det er lett å bli blind i denne mangfoldige kontekst og miste det faglige perspektivet av syne – særlig om dette ikke etterspørres.

type kunnskap som blir verdsatt i samfunnet, blant annet gjennom den oppmerksomhet ulike kunnskapsformer får. Samtidig er sykepleiefaget utsatt for en type ”usynliggjøring”. Fagets anliggende er tilsynelatende konkret, samtidig som mye av det sykepleien bør være opptatt av, har en hensikt utover det som er synlig. Mange arbeidsoppgaver er livsviktige, mens andre oppgaver nærmest synes banale, men er på en annen måte like viktig for den det gjelder. Derfor er det i sykepleien et spenningsforhold mellom høystatusoppgaver, samtidig som en skal gjøre det alminnelige, men nødvendige arbeidet.⁸¹ Mye viktig er usynlig.

Derfor blir spørsmål knyttet til faglig autonomi og ansvarlighet et vanskelig spørsmål, hvor en lett ser at dette forholdet kan betegnes som et dilemma mellom ”overformynderiet” og ”unnlattelssynder” (jf. Martinsen, 1989). Kanskje det er slik at legene lettere blir ”formynderiske”, mens sykepleiere, gitt at de ser sin rolle som en avhengig funksjon, lettere ”begår” unnlattelssynder?⁸² og ⁸³

Yrkesutøvelsen er også sårbar om den kun hviler på ”ansiktets etikk” og ”pasientenes behov til enhver tid”. Dette utfordrer særlig ”de fremmede andre” – som ikke er innenfor pleierens ”synsvidde”. Like vanskelig blir det når en ikke synes en har tid til å ”se folk i øynene”. Ansiktets etikk baseres på en konkret nærhet, som gir nærhetsetikken sin styrke, samtidig som tilstedeværelsens betydning i nærhetsetikken synliggjør dens svakhet. Etikken kan ikke kun baseres på ”tilstedeværelsen” i tid og rom, men også på tanken om pasientens helse og velvære, uavhengig av tid og rom, betraktet ut ifra objektive kriterier om faglighet, menneskeverd og rettferdighet. Og en må ha tid nok til å fullføre samværet på en anstendig måte.

⁸¹ Dette er diskutert i Bakkens (2001) bok, der han problematiserer muligheten for å sikre omsorgsyrkene sitt kulturelle rekrutteringsgrunnlag gjennom tradisjonelle, innarbeidede omsorgsfunksjoner i hjem og samfunn. Denne omsorgskulturen gjenfinnes i dag ikke på samme måten som tidligere.

⁸² Her henvises til en artikkel som redegjør for de sentrale begrepene enhet, helhet, allhet (Gjerdrum, 1994). Poenget er å støtte tanken om å være nøktern i det å skulle definere sykepleiefagets anliggende, slik at det ikke blir omnipotent, samtidig som faget besinner seg på ikke å unnlate å uttrykke klart sitt ansvar og opptre ansvarlig i forhold til det.

⁸³ Nortvedt (1998) argumenterer for en sykepleiens selvstendige funksjon, på tross av det Legeforeningens formann (jf. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 8/96) sier, at ”sykepleie i sykehus ikke er et selvstendig fag fordi den er underlagt de medisinsk-faglige ordinasjoner og avgjørelser” (ibid., 83). Hva denne holdningen betyr for sykepleieres selvforståelse, hvordan de tolker sitt ansvar, osv., kan være et viktig element for hvor ”proaktiv” eller ”defensiv” en er i sin yrkesutøvelse ut ifra hvordan en forstår sitt ansvar.

Sykepleien er komplisert å forstå i sin dypeste natur, fordi den er knyttet til en ”mysteriøs” rolle, sier Bakken (2001), som har forbindelse til ”naturlig omsorg”,⁸⁴ som er utøvet til alle tider. Det er komplisert å skulle ”profesjonalisere” en omsorgskultur, og trekke den ut av dette personlige (”mysteriøse”) rommet og inn i det profesjonsfaglige rommet. I dette er det antakelig i sykepleien en sterk ambivalens, fordi mange ikke ønsker den tause kunnskapen som sitt ”stammespråk” (jf. Bakken, 2001). Samtidig ønsker en å verdsette denne tause kunnskapen om sykepleiens omsorg, fordi den er en kilde til innsikt og kompetanse, og dermed blir den også konstituerende for faget selv (Nortvedt og Grimen, 2004). I denne sammenhengen kan det hjelpe å forstå hva som bidrar, eller ikke bidrar, til å realisere den caritative etikken. Dette ønsker denne studien å belyse, hvordan vårdvitenskapelig kunnskap i etikkens landskap kan fremmes, eksemplifisert og belyst gjennom sykepleiens kontekst.

7.3 Hermeneutisk observasjon⁸⁵

Studiens observasjonsdel er kalt ”hermeneutisk observasjon”, fordi observasjon i tradisjonell forstand oppfattes tilbaketrukket og søker på en ytre måte å beskrive det som skjer. Ut ifra det kan observasjon forstås som systematiserte sanseinntrykk gjennom å se og lytte, som kan nedskrives og registreres fra video eller lydbåndopptak (Johannessen og Tufte, 2002, 94). Til en viss grad har denne tilnærmingen kommet til anvendelse.

Bakgrunnen for å kalle metoden i studiens empiriske del ”hermeneutisk observasjon”, er forskningens vekt på tilnærminger i tråd med hermeneutikkens måte å forholde seg på. I lys av det er derfor tilstedeværelse over tid viktig. Som forsker har det vært viktig å være i tett dialog med feltet og informantene. Prosessene oss imellom har vært dialogiske og bidratt til gjensidighet og påvirket egen forståelseshorisont.

På bakgrunn av studiens overordnende forankring i hermeneutikken ble det naturlig å betegne observasjon i denne sammenheng som ”hermeneutisk observasjon”, for å understreke studiens ambisjon og tilknytning til en hermeneutisk kunnskapsinteresse.

⁸⁴ Naturlig omsorg er knyttet til profesjonell omsorg i Von Post's (1999) avhandling.

⁸⁵ Betegnelsen ”hermeneutisk observasjon” er en metodebeskrivelse ifølge I. Bergbom, belyst gjennom foredrag og workshops (Göteborg, mai 2006).

I den konkrete metodiske tilnærmingen er Kvale (2001) benyttet for bearbeiding av det empiriske materialet. Til det anvendes hans tre tolkningskontekster (ibid., 144ff).

Det har vært avgjørende for studien ”å komme i situasjoner” som gir de beste mulighetene for å kunne studere relevante fenomener for studiens problemstilling i et hermeneutisk perspektiv. For dette formålet søktes muligheter for ”*hermeneutisk erfaring*”, som kunne skape mening og sammenheng i relasjon til studiens problemstilling – i sykepleiens ”*tradisjon*”. I denne søken er det problematisk med ”*skjult observasjon*” (ibid., 98). Forskerens rolle i feltet er avgjørende. I noen grad har dette å gjøre med forskningsetiske spørsmål, som er redegjort for over.

Hermeneutikken diskuterer horisontsammensmeltningens betydning. Forhold som påvirker på hvilken måte forskeren blir akseptert som forsker, er derfor viktig. Det har en forskningsetisk dimensjon, men også en metodisk.

Denne studiens empiriske undersøkelse ble gjennomført på en klinisk avdeling ved et stort sykehus. Forskeren er også sykepleier. Det vil si at jeg har god kjennskap til feltet, selv om det var vanskelig å gå direkte inn i mange av gjøremålene knyttet til sykepleiefunksjonene på avdelingen, fordi arbeidsoppgavene til dels var kompliserte og forutsatte spesialkompetanse (bl.a. knyttet til administrering av cytostatika-behandling). Derfor ble denne rollen avgrenset. Enklere oppgaver ble utført, og jeg deltok for øvrig i vanlig sosial omgang med både personale og pasienter. Dette tilsa at jeg antakelig ble oppfattet til dels som en ”vanlig” sykepleier – en ”*deltakende observatør*”, men av og til mer som en ”*observerende deltaker*” (jf. Johannessen og Tufte, 2002, 99).

På denne måten kunne jeg som forsker ”*forstå kulturen innenfra gjennom egen deltakelse*” (Thagaard, 1998, 71). Gjennom en slik ”kulturforståelse” kunne jeg bedre forstå yrkesutøvernes forvaltning av grunnleggende verdier som fremmede for god yrkespraksis, vinne deres tillit og fortrolighet, uten at observasjoner og iakttagelser ble ”*brukt mot dem*” eller bidro til å ”*marginalisere*” dem (Thagaard, 1998, 69). Det var hele tiden et klart ønske å ivareta dette.

Et annet forhold er spenningen mellom utdanning og yrkesfeltet⁸⁶, som kunne bidra til en distanse mellom forskeren – som også er lærer – og det kliniske feltet. Klinikken har en skepsis til sykepleieutdanning, som går på mange forhold, bl.a. hvorvidt utdanningen har god nok innsikt i praksisfeltets arbeids- og problemområder. Mange spørsmål reises også om studenters kompetanse, hvorvidt den blir god nok i relasjon til kompetansen yrkesfeltet etterspør.

Perioden på avdelingen ga mange spennende og interessante samtaler om forholdet mellom utdanning og klinikk, som bekreftet dette spenningsforholdet. Samtalenes innhold handlet mye om hva som skal betraktes som gyldig kunnskap i sykepleie og hvordan utdanningen bør forberede sykepleieren til yrkesvirkeligheten.

Utfordringen ble å finne en form som bidro til dialog og som ga mulighet for innsikt og forståelse. Det å være alene (som forsker) sammen med ”alle de andre” (sykepleierne) på deres hjemmearena, bidro til at forskeren ”*deltok på linje med de som ble studert*” (Thagaard, 1998, 74).

Forskeren var også mann og alle sykepleierne (informantene) var kvinner. Dette bidro muligens til at denne forskeren ”mistet” noe av den uformelle kontakten som kan oppstå mellom kvinner, som (ifølge Thagaard, 1998, 74f) i større grad setter ord på følelser og intuisjoner. Dette oppfattes likevel ikke her som avgjørende. Posten var profesjonell. I tillegg har arbeidet med hovedoppgaven og lang arbeidspraksis på kvinnearbeidsplasser bidratt til å bearbeide synsmåter og utvikle kommunikative ferdigheter (strategier), og i så måte forberedt meg for forskerrollen (jf. Karterud, 1990).⁸⁷

⁸⁶ ... som viser til en vedvarende diskusjon om teori-praksis-problematikken i sykepleiefaget.

⁸⁷ Jeg kunne gjort et stort poeng av kjønnsforskjellenes iboende mangfold, særlig med tanke på ulike tolkningsmuligheter. Jeg har likevel valgt å se bort fra det i denne sammenhengen. På den annen side kan kjønnsforskjeller berike innsikten om en sak (jf. ulike forståelseshorisonter, horisontsammensmeltning), om dialogen er god mellom dem som samtaler om (samme) sak. Innsikten som skapes, er slik sett ikke betinget av kjønnsforskjeller, samtidig som den er det. Det viktige er at kunnskapen som frembringes, formidles. Vi er primært representanter for arten ’menneske’. Derfor anses denne kunnskapen, slik betraktet, å være overførbar og valid i hermeneutisk forstand, og relevant for vårdvitenskapen.

7.3.1 Datamateriale

Observasjonsstudien ble gjennomført på en post på et stort sykehus. Posten utredet og behandlet alvorlig kreftsykdom. Postens pleiepersonale var i hovedsak bemannet med sykepleiere – flere med spesialutdanning, annet pleiepersonale, leger, sosionom og prest. Andre instanser er også involvert i behandlingen av postens pasienter, som røntgenavdelinger, stråleenheter, laboratorier osv.

Observasjonsperioden varte i tre måneder. Jeg var til stede på posten stort sett hele dager, fire dager per uke gjennom disse månedene. At perioden skulle være av en viss lengde, var en viktig forutsetning for studien, fordi det antakelig ville gi meg den inngang til sykepleiernes erfaringer som jeg mente var nødvendig. Det er en styrke ved studien, i lys av hermeneutikkens kjennetegn, at perioden ble så lang. Det ga tid til refleksjon, tid til uformelle, spontane møter, jeg slapp å måtte skynde meg ut og inn av situasjoner fordi jeg skulle rekke noe annet. Dette anser jeg er en styrke ved den metodiske gjennomføringen og den viktigste forutsetningen for at observasjonsdelen kan kalles hermeneutisk observasjon.

Grunnlaget for studiens refleksjoner er i stor grad basert på inntrykket disse månedene har gitt meg. Men det er kun de vesentlige sider knyttet til studiens tematikk som beskrives her, med utgangspunkt i daglig logg; dagboksnotater og refleksjoner gjennom hele perioden. I stor grad uttrykte disse refleksjonene tolkningsforslag. Disse skjedde underveis i perioden på avdelingen. Disse er noe språklig bearbeidet og skrevet inn i studien. Initialt var observasjonsguiden (vedlegg 1) viktig, og ga nødvendig støtte for spørsmål og refleksjoner. Etter hvert ble studiens hensikt tydeligere og den videre bearbeidingen av datamaterialet kunne i hovedsak forholde seg til forskningspørsmålene.

7.3.2 Metodiske overveielser – hvordan studien ble gjennomført

Hermeneutiske studier er kvalitative i sin natur, og gir ikke grunnlag for statistiske beregninger. Følgende begreper gir noen rammer for hvilke hensyn en tar i kvalitative design:

Spørsmålet om *overførbarhet* (Malterud, 2003; Johannessen og Tufte, 2002) er sentrale:

En undersøkelses overførbarhet dreier seg om hvorvidt en lykkes i å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige i andre sammenhenger. Overførbarhet viser til i hvilken grad resultatene fra en undersøkelse gir mening ut over denne undersøkelsen. (Johannessen og Tufte, 2002, 126.)

Hva noe er sant om (*intern validitet*), handler om å kunne argumentere for på hvilke måter tema og begreper er relevante for det en vil undersøke (Malterud, 2003).

Spørsmålet om *kontekstens relevans* har å gjøre med hvorvidt undersøkelsen har overføringsverdi til andre og liknende sammenhenger. Malterud (1996) gir gode eksempler på det (jf. *ibid.*, 24ff). Derfor finnes det gode argumenter for ”*flere gyldige versjoner av materialet*”, samtidig som ”*repeterbarhet*” ikke er et aktuelt kriterium for kvalitative studier, fordi perspektivering av fenomener som studeres, er kontekstavhengig og er derfor vanskelig å gjenta. Slik også for denne studien. Forutsetningene i en ny undersøkelse vil endre seg, eksempelvis om informanter og forsker er kvinner eller menn (jf. Malterud, 1996), selv om denne studien søker allmenne overførbare teser, som ikke er betinget av en kvinnelig eller mannlig rasjonalitet.

Denne studien er opptatt av intern validitet, fordi argumentasjonen søker å sikre oppfatningen av relevans, også i tilknytning til et konkret nivå (sykepleiens kontekst).

Bare når forskeren klarer å vise fram den vei hun har fulgt, får leseren de nødvendige forutsetninger for å forstå de versjonene, tolkningene og slutningene hun kommer fram til. Intersubjektivitet på prosessnivå er en viktig betingelse for forståelse, som ikke behøver å innebære at leseren selv ville valgt samme vei. Målet er ikke enighet, men innsikt og forståelse. (Malterud, 1996, 183.)

Malterud (1996) skriver også at forskerens oppgave ikke er å *”fastslå at funnene mine er sanne eller gyldige, men å vise at jeg har overveid rekkevidden av deres gyldighet og kan gi en begrunnet anvisning av hva de sier noe om”* (ibid., 186). Det betyr at forskningsprosessen er tilgjengelig for leseren, i den hensikt å fremstille det som faktisk skjedde underveis.

Den empiriske delen av denne studien har preg av å være feltforskning, som hos Hammersley og Atkinson (1996) beskrives som en åpen eller skjult deltakelse i folks hverdagsliv over en periode (ibid., 31). Denne studien understreker betydningen av en åpen deltakelse. Det er få retningslinjer for hvordan dette konkret skal gjøres. Denne forskeren satt mye på vaktrommet og skrev (på en bærbar PC). Slik ble min rolle synliggjort, som noe annet enn de roller de øvrige yrkesgrupper hadde.

Deltakelsen i avdelingens ulike gjøremål understøttet og var til dels komplementær til data som samtalene med informantene ga, fordi situasjoner og utsagn beskrevet i mine notater underveis også ble tatt opp med informantene. Dette var mulig fordi samtalene ble gjennomført i avslutningen av perioden på avdelingen. På denne måten ville jeg gjøre det mulig å innfri hermeneutikkens anliggender i å kunne trenge dypere inn i studiens tematikk, noe som ikke fremmes gjennom sporadiske møtepunkter eller distanserte væremåter.

Fremstilling av resultatene blir strukturert tematisk i tråd med Kvaes (2001) tolkningskontekster. Det er allerede i overskriften i kapittel 7.3.3 beskrevet to hovedtema i denne delstudien. Disse diskuteres på selvforståelsesnivå og kritisk forståelse hver for seg (steg 1- se vedlegg 8) (jf Kvale 2001, 144ff). I neste omgang ser jeg på tolkningsforslag gjennom å ta utgangspunkt i mulige sammenhenger mellom disse to tema som ble diskutert i steg 1 på selvforståelses- og på kritisk forståelsesnivå (steg 2 – se vedlegg 9) (En tilsvarende gjennomgang gjøres av samtalene, jf. vedlegg 10 og 11). I neste omgang diskuteres det empiriske materialet sammen med Løgstrups etiske fordringer (steg 3 – se vedlegg 12). På denne måten nyttes Kvaes tolkningskontekster gjennom steg 1–3, men i en modifisert form, fordi det kun er teori knyttet til studiens etiske grunnlag, som her utgjør teoretisk forståelse (ifølge Kvaes siste tolkningskontekst).

7.3.3 Tolkning av datamateriale fra hermeneutisk observasjon – steg 1 og 2

Steg 1⁸⁸:

I møtet med empirien hadde jeg med meg min egen forforståelse, som syn på sykepleie og syn på den etiske fordring. Jeg ønsket å få vite mer om hva som fremmer den caritative etikken i vanskelige situasjoner pasienten møter. Det er situasjonene som kan være vanskelige for pleieren også. Jeg hadde i noen grad arbeidet med den teoretiske delen i forkant, men ønsket å stille mest mulig åpent, med tanke på det jeg vil komme til å erfare. Derfor er det rett å si at denne delen av studien har en induktiv tilnærming. Men det blir feil å si at jeg er forutsetningsløs, på den måten at dette skulle være en ren induktiv delstudie eller fylle kriteriene for en fenomenologisk tilnærming. Idealet var likevel å kunne sette ”egen forforståelse på spill” i størst mulig grad.

Det var to temaer som fremkom i løpet av disse månedene jeg var på avdelingen, som hadde særlig relevans for studiens problemstilling:

– *Forståelse av sykepleie som fag og praksis* (tema 1)

– *Sykepleierfelleskapet – et omsorgsfellesskap som en forutsetning for å utøve godt faglig og etisk forsvarlig arbeid* (tema 2)

Det første punktet henspiller på den forståelsen sykepleierne har om sykepleie. Dette inngår i deres forforståelse om sykepleiefaget, som har å gjøre med hva en tenker *er* viktige sykepleieoppgaver og om *hvilke* oppgaver en faktisk utfører. Det var derfor ikke unaturlig at dette ble et tema for våre felles refleksjoner. Samtidig ble det viktig å reflektere over *hvordan* sykepleieoppgaver utføres. Da blir etikken et viktig element, noe som er denne studiens hovedanliggende.

For det andre ble det synlig hvilken betydning arbeidsfellesskapet hadde, for å kunne forholde seg til vanskelige spørsmål i møte med pasientene. Bakgrunnen for en slik slutning søkes underbygget i fremstillingen under og er bakgrunnen for tema 2.

⁸⁸ Se vedlegg 8.

”Sykepleiernes forståelse av sykepleie som fag og praksis”

Perioden på avdelingen ga et bilde av sykepleiernes forståelse om sykepleiefag og fagets praksis. Dette ga viktige perspektiver på deres utforming og oppfatning av sykepleierollen i møte med pasientenes vanskelige livsspørsmål.

Det syntes å være to forhold som er avgjørende for sykepleiernes begrunnelse for de arbeidsoppgaver de har: De var opptatt av pasientens ve og vel, fordi møtet med pasienten forpliktet dem til å sørge for deres ve og vel.⁸⁹ Det er mange eksempler som viser dette. Men det er få eksempler på klare prinsipielle eller teoretiske begrunnelser som artikuleres. En episode illustrerer dette:

Vi hadde vi en samtale om forholdet mellom teori og praksis, på vaktrommet. Vi hadde tidligere snakket om betydningen av at teori må tolkes inn i en konkret virkelighet. Men det finnes også ulike ”virkeligheter”, sa jeg, som ikke nødvendigvis er den nærliggende medisinske virkelighet. Min virkelighet (eller mitt tema) var av en annen art enn mange av de konkrete problemstillingene jeg så og observerte på avdelingen til daglig, indikerte. Men samtidig handlet de tema jeg var opptatt av også om forhold som var viktige for pasientene, argumenterte jeg. Mot slutten av denne samtalen sa en av sykepleierne til sin kollega (nærmest som en digresjon): ”Sykepleieteori – hva er det? Orem, Henderson – har du brukt dem i dag?”

Pasienter på denne posten skulle gjennom krevende medisinske behandlinger (som cytostaticakurer). Den praktiske gjennomføringen hadde sykepleierne ansvaret for. Dette bestemte i stor grad arbeidsoppgavene og hva de måtte prioritere til enhver tid.

Opptattheten av de konkrete gjøremål ble understreket i en annen situasjon, der sykepleierutdanningen ble omtalt:

En sykepleier var opptatt av innholdet i utdanningen. Som et eksempel på hvordan sykepleierutdanningen prioriterer feil, ble nevnt følgende (med utgangspunkt i en av de viktigste arbeidsoppgavene for en sykepleier på denne posten): administrering av pasientenes

⁸⁹ Dette er det sentrale tema/funn i Slettebøs (2002) avhandling.

medikamenter. Kunnskap om medikamenter bør være prioritert kunnskap for en sykepleier, og ikke "sykehusets oppbygging og funksjon" (som var sykepleierens eksempel). Det er fordi slike tema ikke retter seg mot en sykepleiers primæroppgaver.⁹⁰

Derfor er det i praksis en fokusering på de primære arbeidsoppgavene. Det fører til en rangering av arbeidsoppgaver. Dette viser seg når sykepleiere forholder seg til arbeidsoppgaver (eller tilbud) som veiledning og undervisning. I praksis kan veiledning og undervisning være vanskelig å gjennomføre, fordi det kan "forstyrre" de løpende arbeidsoppgavene sykepleierne har, eller som har kommet på i løpet av dagen, og som må prioriteres.

I ett tilfelle kom veiledningstimen brått på, og det oppsto en konflikt mellom arbeidsoppgaver som "måtte" gjøres og et tilbud en "burde" delta på. Et av argumentene som kom fram for å oppmuntre til å delta på veiledningen, var viktigheten av å benytte seg av det. Hvis en ikke benyttet det, kunne en ikke regne med å beholde det i fremtiden. Og det var heller ikke ønskelig, fordi en syntes veiledning var viktig.

Dette var et konkret eksempel på hvordan "A-oppgaver" konkurrerer med andre gode formål. Det er også en illustrasjon av hvilken prioritet den medisinske behandlingen har i slike miljø. Den skal ha en avgjørende plass, av åpenbare grunner.⁹¹

Den nære konkrete behandlingen tuftes i stor grad på naturvitenskapelig kunnskap, men lever side om side med et "livsverdensperspektiv". Det er to perspektiv (paradigmer) som forenes, eller ikke forenes, alt avhengig av hvordan det integreres i personer og i kulturer, og hvordan

⁹⁰ Sykepleie i praksis handler om å være/bli praktisk dyktige. Det er grenser for hvor mange omkretsende tema en da vurderer som relevante (jf. tema som "sykehusets oppbygging og organisasjon"). Det er et paradoks for et profesjonsfag at premissene for utøvelse ikke er så interessante som det som umiddelbart begrunner handlingenes utførelse, som innebærer kunnskap om sentrale sammenhenger faget er i, og hvilke organisatoriske og samfunnsmessige rammevilkår som påvirker yrkesutøvelsen.

⁹¹ En er som sykepleier i et dilemma når arbeidsoppgaver har ulik karakter. De kan være av akutt, kritisk eller livstruende art, i tillegg til arbeidsoppgaver som stell/pleie, undervisning, veiledning og liknende. Fordi livsviktige funksjoner er avgjørende for overlevelse, gis disse prioritet og blir dermed betraktet som de viktigste oppgavene. Arbeid av annen art kan dermed utsettes eller nedprioriteres, fordi det ikke fyller livsviktige funksjoner.

dette artikuleres og beskrives. Denne delen av sykepleien som ivaretar pasientens erfaringer som syk, er beslektet med humanioras livsverdensperspektiv og formidles ofte muntlig. Det som skriftliggjøres, er som regel dokumentasjon som er nødvendig for den løpende medisinske behandlingen.

Det beskrives likevel ofte episoder som viser hvor nærværende den psykiske omsorgen for pasienten er, og hvordan den kan relateres til de eksistensielle spørsmålene. Den konkrete behandlingen skjer samtidig som spørsmål om mening stilles:

En svært syk pasient hadde tydelige kroppslige symptomer som svette og uro. Antakelsen var at pasienten hadde angst for å dø. Dette observerte sykepleier som hadde ansvaret for denne pasienten, og inviterte pårørende til å komme på besøk Etterpå ga pasienten denne sykepleieren godt skussmål for sitt "tiltak", fordi han opplevde seg forstått. De kroppslige reaksjonene (svette) forsvant da de pårørende kom på besøk.

Dette er et eksempel på å handle etter pasientens ønsker, som er av en annen karakter enn den konkrete medisinske oppfølgingen. Oppfølging om pasientens bekymringer krever andre intervensjoner og annen oppmerksomhet fra helsepersonalets side enn den medisinske. Samtidig er dette også viktig og nødvendig for pasienten som skal gjennom den siste (terminale) fasen i livet. Det er et etisk anliggende som her ble ivaretatt gjennom å fokusere palliasjon/lindring av pasientens lidelse. Alle bidro på hver på sine måter til å gjøre den siste tiden så god som mulig for pasienten.

Eksemplene over illustrerer hvordan sykepleiere arbeider, og hva de uttrykker om fag og yrke. Dette viser noe av deres "praksisteori".

Begrunnelser og beskrivelser av gjøremål knyttes i hovedsak til oppgaver som understøtter den medisinske behandlingen, og til konsekvenser som medisinsk behandling har for pasienten. Men i alt dette er det en medfølelse for pasientens situasjon (jf. Nortvedt, 1996). Den kan komme til uttrykk i møte med pasientens behov for hjelp, ofte som en konsekvens av alle bivirkninger pasienten erfarer gjennom en tøff medisinsk behandling. Denne medfølelsen kan gi seg mange utslag, som konkret praktisk hjelp, men også innenfor det sosiale og psykiske – og det åndelige/eksistensielle område. Det var en klar interesse for og konsensus på posten om at disse forholdene skulle ivaretas, og ble på ulike måter gitt oppmerksomhet.

Dette blir diskutert nærmere i diskusjonen i forbindelse med intervjuene.

Sykepleierfelleskapet – et omsorgsfellesskap som forutsetning for å utøve godt faglig og etisk forsvarlig arbeid

En positiv avdelingskultur er av stor betydning for den faglige og etiske standard.

En sykepleier ansatt på posten, var ikke etnisk norsk. I studietiden (i praksis) hadde hun opplevd å bli oversett (ignorert) av avdelingssykepleier, mens hennes medstudenter fikk oppmerksomhet og ble vist interesse. Det at det var avdelingssykepleier som utviste slik oppførsel, gjorde sitt til at hun opplevde dette svært negativt. Sykepleieren fortalte dette spontant i forbindelse med at andre sykepleiere sa at de trivdes på posten. I motsetning til det hun opplevde som student, trivdes hun på posten nå.

Arbeidsplassen var trolig også en viktig del av hennes sosiale nettverk, som bidro til å gi henne troen på seg selv. Hun ble vist respekt, blant annet ved å være regnet med på lik linje med de andre. På alle måter syntes hun også å bekrefte at hun trivdes nå, i måten de alle var overfor hverandre og snakket til hverandre på.

En annen sykepleier fortalte også om kvaliteter ved posten:

... og om sine forventninger til yrkesrollen, som en konsekvens av hva hun hadde erfart gjennom sykepleierutdanningen. Hun trodde hun ville arbeide mye mer alene, mens på denne posten arbeidet de sammen. De fleste beslutninger kunne diskuteres med andre, og hun opplevde det (slik jeg oppfattet det) som en stor lettelse. Det var svært positivt å være sykepleier og ha kollegaer rundt seg på denne måten, slik at en sammen med andre kunne finne løsninger, søke råd eller støtte. Hun trodde hun hadde utdannet seg til et ensomt yrke, mens det forholdt seg tvert om.

En annen fortalte spontant at en viktig grunn til at hun orket å arbeide på avdelingen, var miljøet hun var en del av. Det var fordi det var så mange tøffe situasjoner med alvorlig syke pasienter, som hun ikke ville ha orket å forholde seg til, om ikke fellesskapet på jobben hadde støttet og hjulpet.

Det skal også nevnes ledelsens betydning og annet helsepersonells bidrag til det positive arbeidsmiljøet. Ved flere tilfeller ble legene nevnt. Samarbeidet med legene fungerte godt. Alle syntes å være innstilt på å finne gode løsninger for pasientene og avdelingen.

Ledelsen på avdelingen bidro til å skape trivsel, gjennom sin væremåte, ved tilgjengelighet og engasjement om de faglige utfordringene som lå til postens arbeid. Det var ingen tegn på pågående konflikter.⁹²

I dette felleskapet var ferdigheter vis-à-vis pasientene ulike, også den etiske kompetansen. Det var noen sykepleiere som særlig bar (mestret) de marginale situasjonene, ved at deres kunnskap, innsikt og mellommenneskelige ferdigheter ble benyttet. Det kunne være at de selv tok initiativ eller ble spurt om å gjøre spesifikke oppgaver/ ha ansvar for spesielt krevende pasienter.

Samtidig "eier" hele kollegiet denne kompetansen, og det var flere eksempler på at denne kom pasienter til gode. Om det hadde vært opp til den enkelte til enhver tid å gjøre alle typer oppgaver, ville ikke alle oppgaver kunne blitt gjort, fordi alle ikke kan alt, og pasientene ville lidd under det. Når fordeling av oppgaver skjer etter kompetanse (i vid forstand), bidrar det til at kompetansen i større grad er tilgjengelig for alle.

Derfor beskytter slike miljøer den enkelte, og en blir viktigere som "lagspiller" enn som individualist.

Det er ut ifra dette tenkelig at den kollektive etiske standard holdes oppe av enkeltpersoner, som er i stand til å møte de marginale situasjonene. Noen må våge å overskride pasientens eksistensielle "barrierer", og gjennom det sikre den etiske standard. Noen sykepleiere må ha mot til å svare på pasientens fordringer, slik at de eksistensielle spørsmålene får oppmerksomhet. Noen må være villige til å våge å gå inn i en prosess sammen med pasienten, uten på forhånd å vite utfallet av situasjonen, når alt tilsynelatende synes meningsløst.

⁹² Dette yter ikke ledelsen full rettferdighet, men dette er heller ikke en kvalifisert evaluering av deres lederstil og disposisjoner. Poenget her er å peke på hvilke implikasjoner et "omsorgsfellesskap" har for etikken. Antakelig forutsetter dette omsorgsfellesskapet et godt lederskap.

På denne bakgrunn oppfatter denne forskeren at slike arbeidsfellesskap, der ansatte tar vare på hverandre, er en nødvendig forutsetning for å lykkes i de kompliserte og utfordrende etiske møtene.

Steg 2⁹³:

Som en følge av ovennevnte tolkninger utvikles videre resultat som formuleres nedenfor. Disse er å forstå som ”operasjonaliseringer” av hvordan sykepleiere oppfatter sitt fag (tema 1) og betydningen av pleiefellesskapet (kulturen) de er en del av (tema 2). Disse tema skal i det følgende argumenteres for. Disse antakelsers betydning og innhold vil trekkes med senere i diskusjonen og viderføres i kapittel 8.4.4 (steg 3⁹⁴) og i kapitlene 9 og 10.

Sykepleiere gir gjennom sin væremåte og omtanke for pasienten den beste bekreftelse om at de ønsker og vil pasienten det beste. Det synes å være en overordnet motivasjon for yrkesutøvelsen. Dette kommer til uttrykk først og fremst gjennom deres praksis. Om ikke denne praksis så tydelig artikuleres, synes sentrale sider ved fagutøvelsens relasjonelle sider å være internaliserte.

Det kan også være viktig å si at sykepleierne gir inntrykk av en kollektiv forståelse av fag og utøvelse. Om en ikke hører den enkelte uttrykke sine motiver og sin praksisteori, viser den kollektive orienteringen, i og med at alle uttrykker betydningen av å være i team, at den har stor betydning for på hvilke måter sykepleien utformes. Denne kollektive orienteringen synes å inneha følgende kvaliteter:

A. Sykepleiere har et ønske om å lindre pasientens lidelse knyttet til sykdom og behandling. Det innbefatter en grunnleggende medfølelse holdning som et implisitt anliggende for sykepleiere som utøvere av sykepleie. Det representerer også en viktig del av deres fagforståelse, som kommer til uttrykk gjennom deres praksis.

Gjennom fremstillingen over kommer det entydig fram, fra dem som har uttrykt seg om det, en overbevisende konsensus om fellesskapets betydning for å klare det vanskelige i møte med

⁹³ Se vedlegg 9.

⁹⁴ Se vedlegg 12.

pasientene. Dette understrekes gjennom en undring om de ville ha klart det uten dette kollegiale nettverket. Dette uttrykker en viktig dimensjon som har stor etisk betydning:

B. En pleiekultur som ivaretar og styrker dem som inngår i kulturen, bidrar til at en kan holde ut de vanskelige situasjonene.

Det skapes et inntrykk gjennom perioden at det er noen som i særlig grad tematiserer/artikulerer vanskelige spørsmål og forholder seg mer aktivt til disse. Tematikk knyttet til eksistensielle spørsmål er med andre ord i sterkere grad fremme hos noen enn hos andre. Fellesskapet rundt utfordrende oppgaver bidrar til en høy etisk beredskap, i den betydningen at pasienter ivaretas i de vanskeligste situasjoner – av noen. I denne sammenhengen betyr det for eksempel at disse noen er i stand til å forholde seg til eksistensielle spørsmål i møtet med pasienten(e). Riktignok er det slik at andre kan gi plausible forklaringer på at eksistensielle tema ikke var aktuelle i deres møte med pasienten. Det er antakelig riktig, fordi det kan være at disse spørsmålene ikke ble introdusert i situasjonen, av en eller annen grunn. Trolig finnes etisk relevante problemstillinger i mange situasjoner, men det oppleves ikke alltid at det er rom for dem, eller mennesker som vil forholde seg til dem. Da kommer spørsmålene heller ikke fram.

C. Høy etisk standard i pleiekulturen betinges av et minimum enkeltpersoner som er i stand til å realisere grunnleggende etiske verdier i marginale situasjoner som særlig aktualiserer pasientens eksistensielle spørsmål. Enkeltpersoners møte med marginale situasjoner innebærer en overskridelse av pasienters eksistensielle barrierer.

7.4 Hermeneutisk samtale

I denne forskningen har kombinasjonen av hermeneutisk observasjon og samtale vært viktig, for om mulig å bygge ned så mange barrierer som mulig med tanke på å komme i en god dialog om hva som er fremmede for en god etisk praksis. Ut ifra dette har betegnelsen på studiens andre metode blitt 'hermeneutisk samtale', for å understreke samtalens åpne karakter: stedet der en primært søker en felles forståelse om saken.

Evnen til innlevelse forutsetter derfor nære forhold. Nære forhold har hermeneutikkens kjennetegn og forutsetninger – *bildung*, *sensus communis*, *omdömesförmåga* og *smak* (Gadamer, 1997). Disse fremmes gjennom klassiske dannelsen i hermeneutikk. Hva dette substansielt innebærer, er søkt redegjort for i første del av studien i kapittel 4.2, og som her søkes ivarettatt i den konkrete gjennomføringen av samtale som metodisk tilnærming. Spesielt skal nevnes samtalen som en gjensidig streben etter en felles (an)erkjennelse (*mutual recognition*) av saken vi hadde felles.

Derfor, for denne delen av studien, ble tiden på avdelingen en god og informativ periode. Det kan likevel være viktig informasjon eller meddelelser som utforskningen ikke har klart å bringe fram. Jeg tror like fullt det er viktig å holde fast på intensjonen om og mulighetene for grenseoverskridende møter (*hermeneutical experiences*). Denne studiens hermeneutisk design søker i sin gjennomføring å kunne overskride sosiale og andre kontekstuelle barrierer, for å kunne finne en felles forståelse av ”saken”.

7.4.1 Datamateriale

Studien har til sammen fem samtaler, fire individuelle (med sykepleiere som arbeidet på posten), og ett gruppeintervju (med tre sykepleiere med lederansvar på posten). Gruppeintervjuet hadde ingen annen hensikt enn de øvrige intervjuene, men tematiserte på en litt annen måte lederperspektivet på postens arbeid, fordi personer med lederoppgaver deltok.

Intervjuene involverer til sammen sju informanter. Hvert intervju tok ca. én time, og ble tapet og transkribert.

For å forstå denne delen av studiens form og omfang, skal noen forhold vedrørende utvelgelsen av informanter redegjøres for. Dette har ikke minst etiske implikasjoner som det òg er redegjort for (se kapittel 4.3 og 7.1). Siden det også har metodisk betydning, skal viktige begrunnelser for utvalget nevnes her:

I forbindelse med innvilgelse av søknaden til institusjonen om å gjennomføre studien og å rekruttere informanter, ble jeg tilknyttet en sengepost. Mitt ønske var å få fordypende innsikt i hvordan sykepleiere erfarer å møte vanskelige og utfordrende pasientsituasjoner – hva de

tenker og opplever, og hvordan de handler i disse situasjonene. Derfor ønsket jeg å være tett på mennesker som utfordres sammenhengende over tid. En konkret tilknytning til én post ville gi meg slike muligheter, som jeg ikke ville fått om jeg kun hadde vært ”gjest” eller ”besøkende”. I så måte synes hermeneutikkens forutsetninger om hva som kan gi muligheter til en fordypende innsikt i problemstillingen ivaretatt.

Samtidig ble jeg som forsker på denne måten mer utfordret, ved at jeg var i et miljø som kunne oppfatte min tilstedeværelse som nærgående og brysom. Jeg ønsket ikke å presse ansatte på denne posten til å bli informanter. Jeg nøyde meg med forsiktige anmodninger og oppfordringer i et par rapportmøter. Ingen skulle måtte gjøre rede for, overfor meg, hvorfor de ikke ville la seg intervju.

Derfor var inklusjonskriteriene at de som ønsket å være med, fikk være det. I tillegg ønsket jeg at mine informanter var sykepleiere og ikke annet personale. Begrunnelsen for det var at sykepleiere har den samme utdanningsmessige bakgrunn og en felles yrkesetisk kodeks. Det ville være naturlig å forvente at de ut ifra sin yrkesrolle hadde gjort seg tanker om sitt profesjonelle ansvar med hensyn til studiens tematikk.

7.4.2 Metodiske overveielser – hvordan studien ble gjennomført

Den bakenforliggende metodologiske forankringen er hermeneutikken, slik Gadamer utlegger den. I forbindelse med den konkrete gjennomføring er det, som jeg har vært inne på, hentet metodisk støtte fra Kvale (2001). I den følgende presentasjon er det særlig fokusert på det meningsbærende i de transkriberte tekstene og ikke informantenes ”*intenderte mening*” (jf. Kvale, 2001, 142). I denne sammenhengen vil det likevel være sider ved samtalsituasjonen, informantenes situasjon og mitt inntrykk for øvrig (jf. ovenfor), som legges til grunn, i den grad dette understreker eller bekrefter tolkningsforslag.

Kvale (2001)) gir råd om hvordan en kan gjennomføre arbeid med tekster. Tolkning betyr ”*analysemetoder som medfører en dypere tolkningsmåte*” (ibid., 123). Han er opptatt av ikke å begrense muligheter for tilnærminger innen kvalitativ forskning. Han skisserer flere aktuelle metoder (ibid., 124f). Disse er ikke uttrykk for alle som finnes, men for metoder som kan generere mening. Dette er derfor et godt utgangspunkt for det som søkes i denne studiens

intervjutekster: meningsfulle fenomener om etisk relevante forhold i relasjonen mellom pasient og sykepleier, der sykepleier forsøker å komme pasientens eksistensielle fordringer i møte. Meningsforklaring blir derfor en naturlig tilnærming (Kvale, 2001, 125), en forklaring som kan ”rekontekstualisere uttalelsene innenfor videre referanserammer” (ibid., 126):

Forskeren har et perspektiv på det som undersøkes, og tolker intervjuene på grunnlag av dette perspektivet. Tolkningen går dypere enn til det som blir direkte uttalt, og utarbeider strukturer og meningsrelasjoner som ikke umiddelbart er synlig i teksten. Dette krever en viss distanse til det som blir sagt, noe som oppnås gjennom en metodisk eller teoretisk holdning hvor uttalelsene rekontekstualiseres i en begrepsmessig kontekst. (Ibid., 133.)

Dette betyr at vårdvitenskapens perspektiv vil være et av de viktige referansepunktene for forklaring av tekster og datamateriale. En utvidet forståelse av tekstene forutsetter forskerens forforståelse, teoris perspektiveringer og en etterrettelig gjengivelse av informanternes utsagn. Når dette møtes, bidrar det til ”horisontsammensmeltning”, som i hermeneutisk forstand er den merkunnskapen slik forskning kan frembringe. Dette er hva som søkes gjennom å benytte Kvales tolkningskontekster.

Det teoretiske perspektivet i studien gir muligheter til å stille spørsmål til teksten, samtidig som en skal være tilbakeholden med å lese inn i teksten skjulte intensjoner. Det viktige og sentrale ved den teoretiske forståelsen er redegjort for, og begrunnes i lys av vårdvitenskapens kunnskapsinteresse og hermeneutikkens forutsetning om å klargjøre egen forforståelse.

Som det fremkommer, har denne undersøkelsen en åpen design. Det ble utarbeidet en ”veiledende spørsmålsguide” der også ansvar, mot og offer var tematisert (jf. vedlegg). Av samme årsak som i observasjonsstudien var denne guiden også til hjelp initialt i studien, til å fokusere tematikken. Etter hvert fikk samtalerne en friere form, og utgangspunktet ble primært forskerens opplevelse av informantenes hverdag på posten og deres fortellinger og refleksjoner sammen med meg. Derfor er samtaleformen hensiktsmessig i denne studien.

Forskeridealet kan uttrykkes slik:

I et interrelasjonelt perspektiv er intervjueren en reisende reporter som rapporterer historier hvor meningen skapes gjennom interaksjon. [...] Den representerer en bevegelse fra et substansielt til et relasjonsbetont meningsbegrep, med en overgang fra den moderne søken etter én sann og ekte mening til en relasjonsbetont utfoldelse av mening. (Kvale, 2001, 155.)

Mening skapes som en følge av en tolkningsprosess. Min tanke var å ha et uforbeholdent utgangspunkt som ga meg tilgang til sykepleiernes egen erfaringsverden (forforståelse). For, *"life is the ultimate foundation,"* sier Gadamer (1989, 66), og han fortsetter: *"All experiences last a long time in profound people. [...] What we call an Erlebnis in this emphatic sense thus means something unforgettable and irreplaceable,"* sier Gadamer videre (1989, 67). Erfaring, i denne forstand, synes derfor å være et avgjørende utgangspunkt for erkjennelse og ny kunnskap. Sykepleiernes bidrag har synliggjort sider ved deres arbeid som er av uvurderlig betydning. Om jeg har vært i stand til å knytte studiens forskningsinteresse til dette empiriske materialet, vil det kunne representere innsikter denne studien søker.

Forhold om livet som ikke er lett tilgjengelige for erkjennelsen, kan en derfor få øye på ved å studere tegn (*chiffer*) gjennom atferd og utsagn: *"Every experience is taken out of the continuity of life and at the same time related to the whole of one's life,"* sier Gadamer (ibid., 69). Hvordan slik innsikt kan komme til uttrykk, kan også forstås i relasjon til de estetiske dimensjonene ved erkjennelsen. Kunsten har ytringsformer som kan formidle innsikter ut over det "alminnelige":

In the experience of art is present a fullness of meaning that belongs not only to his particular content or object but rather stands for the meaningful whole of life. An aesthetic Erlebnis always contains the experience of an infinite whole. (Ibid., 70.)

Meningsfulle samtaler tangerer estetiske erfaringer. Det betyr ikke at en skal ha et urealistisk bilde av hva en kan forstå rent objektivt, blant annet fordi en er fylt opp av fordommer, eller av andre grunner ikke ser det som er *"historisk unikt"* (jf. Gadamer, 1989, 360).

Tolkningsarbeidet gjøres her ut ifra det empiriske datamateriale. Det følgende redegjør for fremgangsmåten:

Steg 1⁹⁵: Hvert intervju tolkes i sammenheng med Kvaales to første tolkningskontekster (se vedlegg 10). Samtidig har oversikten som innleder hver tolkefase, beskrevet samtalenes viktigste anliggende. Dette er søkt verifisert gjennom tolkning i lys av Kvaales to første tolkningskontekster. Det har blitt naturlig å benytte både *selvforståelsesnivå* og *kritisk*

⁹⁵ Se vedlegg 10.

forståelse basert på sunn fornuft samtidig. Derfor går det fem parallelle (hermeneutiske) prosesser fram til teoretisk forståelseskontekst i steg 1.

*Steg 2*⁹⁶ (jf. vedlegg 11) tar utgangspunkt i hvert tema som har vært sentralt i hver samtale i steg 1. I denne fasen (steg 2 – vedlegg 11) søker studien å la temaene gå i dialog med hverandre. Det innebærer en ny prosess med tanke på de tema eller andre anliggender (innenfor studiens tematikk) som kan studeres ved å se intervjuene under ett. Denne fasen konkluderer nye formuleringer for fasene – steg 1 og steg 2 (jf. kapittel 7.4.3).

Disse to stegene forholder seg altså til datamaterialet på to ulike måter. Fremgangsmåten gir forskeren en hjelp til systematikk og oversikt. Begge stegene gir resultat på ulike abstraksjonsnivå og kan beskrives som den caritative etikkens forutsetninger, uten at jeg på dette nivå diskuterer deres innbyrdes forhold (eller abstraksjonsnivå). Det hører til studiens konklusjon. Men før det gjennomføres steg 3.

*Steg 3*⁹⁷ (se vedlegg 12) tar utgangspunkt i konklusjonene fra resultat av de hermeneutiske samtalene og hermeneutisk observasjon, som knyttes til Kvaless tolkningskontekst ”teoretisk forståelse”. I denne sammenhengen benyttes kun studiens etiske fordring å speile det teoretiske materiale mot. Det innebærer at ulike teori benyttes i kapitlene 9 og 10: I kapittel 9 utvikles drøftingen av studiens empiriske og teoretiske grunnlag. I kapittel 10 blir det diskutert i lys av det vårdvitenskapelige grunnlaget.

Denne redegjørelsen synliggjør at Kvaless tolkningskontekster er anvendt i modifisert form, fordi tolkning på selvforståelsesnivå og kritisk nivå basert på sunn fornuft, i første omgang knyttes til de enkelte samtaler (jf. steg 1). Så gjennomgås tematikken i de enkelte samtaler på nytt, men denne gangen ses samtalene i relasjon til hverandre (jf. steg 2). Selv om begrunnelsene ble slik de ble (se over), kan en si at denne måten å gjøre det på, gir en annen og ny perspektivering av samtalenes tematikk, som går utover en stringent forståelse av Kvaless tolkningskontekster. I tillegg anvendes den siste tolkningskonteksten i lys av Løgstrups etiske fordringer.

⁹⁶ Se vedlegg 11.

⁹⁷ Se vedlegg 12.

7.4.3 Tolkning av materiale fra de hermeneutiske samtalerne – steg 1 og 2

Steg 1:

I det følgende gjennomgås samtalerne og fremstilles essensen av det som fremkom, for å belyse studiens hensikt:

Mennesket – en enhet, som er menings- og frihetssøkende

Informanten fremhever at hun er opptatt av å ”gi pasientene den hjelpen de trenger” og hva som skal til for at dette kan skje (”være var”). Dette understrekes av utsagn som ”ikke å lukke øynene – sansene – for det jeg oppfatter”.

På tross av at det ofte er liten tid, oppfatter informanten pasientene som ”utrolig rause og at de aksepterer situasjonen som den er”. Det er likevel en vanskelig situasjon å være i (om pasientene må vente på hjelp), fordi den kan vare lenge, for eksempel om somrene (i forbindelse med ferieavviklingen).

Informanten er tydelig på at sykepleiere er bindeleddet eller den første personen pasienten har kontakt med, og er viktig som den som kan se og formidle pasientens anliggender til andre. Disse anliggender kan ha å gjøre med alle sider ved det å være menneske, de fysiske, psykiske og eksistensielle spørsmål pasienten måtte ha. Hun gir også sin begrunnelse for at alle dimensjonene er viktige: ”Jeg vil jo sidestille det [...] jeg tror at eksistensielle ... kvaler ... også vil få fysiske/psykiske utslag.”

Denne delen av samtalen viser hvordan informanten ”orienterer” seg når tema kommer inn på det eksistensielle. Blant annet synes hun at det eksistensielle er viktig, og at det er ”nok at vi våger å gå inn på temaet og snakke med dem”, fordi det er sykepleierne som ”ser først”, siden de er nærmest pasientene. Denne nærheten gir mulighet for informasjon om pasientens tilstand som ved behov kan bringes videre til andre aktuelle personer (f.eks. prest).

Dette eksemplifiseres med en historie om en pasient som var en stor pleiemessig utfordring for sykepleierne. Informanten beskriver denne pleiesituasjonen i detalj, litt om situasjonen

rundt (kontakten med familien) og hvilke strategier hun hadde for å takle denne vanskelige situasjonen:⁹⁸ *”Så åpnet hun for samtale. Jeg må si jeg følte det veldig spesielt første gang hun [...] begynte å snakke om ... hvorfor hun hadde fått det (kreft). Hun lå og tenkte på hvorfor hun hadde fått det.”* I det videre forteller informanten hva hun gjorde og hvorfor hun forholdt seg slik hun gjorde, for om mulig bedre å forstå hva som skjedde forut for at pasienten tok initiativet til å snakke om sin alvorlige sykdom.

Hun fortalte at pasienten hadde god effekt av den medisinske behandlingen hun fikk. Hun hadde mye engstelse (som ikke er nærmere redegjort for her), slik at hun også hadde kontakt med prest. Pleiepersonalet skjermet henne i perioden hun var mest syk.

Pasienten var opptatt av hvem som kom på vakt til enhver tid (*”hun kontrollerte veldig sånn”*). Informanten mente det var en sammenheng mellom pasientens opptatthet av hvilke personer hun ville forholde seg til og den åpenhet hun kunne vise om sin situasjon. Dette har å gjøre med den fortrolighet hun hadde fått med noen over tid. Informanten forteller: *”Jeg tror på en måte hun lukket ... ville lukke hvis jeg hadde gått inn og satt meg ned og vært pågående med spørsmål i den hensikt å hjelpe henne. Jeg opplevde at det var veldig viktig å være var, men vise at jeg var interessert i henne.”*

Informanten understreket betydningen av å stille åpne spørsmål og gi muligheter for pasienten til selv å kunne velge å svare. Pasienten hadde sagt tydelig at hun ikke ønsket å snakke om sin situasjon da den var som mest vanskelig. Informanten mente det ville være et uttrykk for manglende respekt ikke å ta det alvorlig.

Pasienter kan ha mange *fysiske* plager knyttet til kreftbehandlingen. Det kan være lett å overse andre forhold, som depresjon. Informanten beskrev en slik situasjon, der det viste seg at en pasient var på grensen til det sucidale. Informanten oppfattet at det først og fremst var fysiske plager som var viktigst for pasienten, noe som i dette tilfellet ikke var riktig: *”Jeg tror*

⁹⁸ Jeg ønsker ikke, for å sikre anonymiteten, å dvele ved detaljene, men vil understreke at det gikk en viss tid (noen uker) før pasienten tok opp spørsmålet om hvorfor hun ble syk. I hele denne tiden hadde hun ikke villet snakke om sin situasjon. Hennes måte å takle sykdommen på i den kritiske fasen, ble heller ikke kommentert av sykepleier (informanten) som fulgte henne opp. Dette er et viktig poeng og understreker sykepleierens tålmodighet og varhet for pasientens ”dagsorden”.

egentlig at noen ganger kan sånne fysiske ting sperre litt, hvis en ikke ser videre [...] ... han var veldig redd.”

Informanten beskrev en gang hun tok initiativ i en situasjon som var vanskelig, hvor det var nødvendig å sjekke ut hvordan det faktisk forholdt seg for pasienten: *”Det må være en sammenheng mellom hvordan pasienten hadde og oppførte seg. Det var derfor jeg ville sette ord på det. Jeg tenkte at det ville være utilgivelig hvis vi ikke tok opp noe som vi visste om, og som hun selv (pasienten) hadde fortalt.”*

Noe av det sentrale i informantens budskap her var pasientenes behov for trygghet og hvor viktig det var for behandlingen. Pasientens fortrolighet til personalet henger blant annet sammen med den tilliten hun som pleier har hos pasientene. Hun nevnte også at det var viktig for å kunne gå inn i slike samtaler, uten at hun gikk nærmere inn på det. Informanten var opptatt av å være der for alt som var av betydning for pasientens situasjon. Det inkluderte et eksistensielt perspektiv.

Denne informanten viste en genuin interesse for ”hele” pasienten. Det var gjennomgående i samtalen og ble bekreftet i perioden på avdelingen. Hun verbaliserte ikke definisjoner på sykepleie, men handlet med et helhets- og pasientperspektiv for øye. Når hun sa at *”eksistensielle kvaler kan få psykiske/fysiske utslag”*, var det antakelig basert på lang erfaring.

Det er interessant hvordan sykepleiere med erfaring fra pasientarbeid forstår og formulerer sitt syn på mennesket. En praksis i tråd med et helhetlig syn på menneskelige behov er en utfordring i denne konteksten, fordi det er vanskelig å isolere helheten og utelukkende konsentrere seg om menneskets fysiske problemer og eventuelt minimalisere den psykiske dimensjonen til noen ledsagende krisereaksjoner. ”Min” informant sidestilte menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjoner, fordi de gjensidig påvirker hverandre.⁹⁹

Det finnes gode grunner for at pleiepersonell begrenser sin involvering i pasientens liv. At noen velger å forholde seg til den åndelige dimensjon parallelt med den pågående medisinske behandlingen, kan begrunnes ut ifra at pasienten er opptatt av den.

⁹⁹ Jeg oppfatter informantens menneskesyn å være sammenfallende med det denne studien legger til grunn, slik det er gjort rede for.

Sykepleieren jeg intervjuet, uttrykte dilemmaet hun befant seg i: Hun innså at situasjonen hadde i seg kryssende interesser og behov: Sykepleieren så ut ifra sine faglige vurderinger at pasientens reaksjoner var krisepregede, og at pasientens forsvarsreaksjoner kunne være uhensiktsmessige. Samtidig sa pasienten klart ifra at hun ikke ønsket noen intervensjon fra sykepleiernes side, bortsett fra nødvendig stell og pleie, knyttet til ivaretagelsen av de umiddelbare grunnleggende behov. Informanten valgte i situasjonen å innta en holdning til dette, som denne forskeren antar hadde en positiv betydning. Kanskje dette på en eller annen måte ble forstått (intuitivt) av pasienten, og ble en ”døråpner” og dermed et bidro til å skape tillit? Antakelig formidlet denne innstillingen (holdningen) en dyp omtanke og respekt. Sykepleieren sa hun ville være ”var” og ”vise at jeg er interessert i henne”, samtidig som hun utførte det daglige stell på den måten pasienten ønsket det utført.

Informanten begrunnet sin væremåte som uttrykk for respekt. Hun trodde selv at dette bidro til at pasienten, i sin tid, tok sin egen situasjon opp med henne. Hun ble vist respekt, blant annet ved at sykepleieren sa at ”*jeg her her for deg ... hva du enn trenger å snakke om*”.

Informanten ga også et eksempel på en situasjon der hun ikke så pasientens problem. Mannen var fysisk svært plaget på grunn av bivirkninger av cytostatikabehandlingen, og alle var opptatt av å hjelpe ham, slik at han fikk det bedre. Men det informanten ikke var oppmerksom på i denne situasjonen, var hans depresjon. Hun begrunnet det med at ”*fysiske ting kan sperre litt, hvis en ikke ser videre*”. I denne situasjonen var det for informanten et poeng å få fram at det også kan dreie seg om alvorlige psykiske lidelser, samtidig som en er opptatt med å hjelpe pasienten med de fysiske plager. At mannen var veldig redd, ble ikke oppfattet.

Informanten ga et tredje eksempel på at hun så noe andre ikke så eller kanskje ikke var villige til å gå inn i. Her gjorde hun et poeng av at det også kan være lettere å se en situasjon utenfra, fordi hun ikke var direkte involvert i denne pasienten. I denne situasjonen intervenserte hun fordi ”... *det lå veldig oppe i dagen noe som alle visste om ...*”. Dette var en situasjon som var veldig vanskelig for denne pasienten, av mange årsaker. Hun hadde mistet en sønn på samme sykehus hun selv var pasient. Datteren var hos henne mye og spurte personale ofte om hjelp: ”*Datteren kom hvert 5. minutt – og det ble vanskelig.*” Informanten tok så initiativ til å snakke med datteren om dette og spurte om det var noe hun ønsket å snakke om. ”*Etterpå takket hun meg direkte der og da for at jeg tok det opp – det var noe som endret seg etter det.*”

Informanten oppfattet situasjon mellom mor og datter som preget av sterk engstelse. Det var denne følelsen hun bekreftet hos mor (pasienten) og datter. Denne engstelsen hadde å gjøre med bekymringer knyttet til morens sykdom, samtidig som situasjonen aktualiserte et tidligere tap for dem begge. Informanten fremholder sykepleiens anliggende som det å ivareta relasjonen til de nære pårørende, at de er trygge og har det bra (også hjemme), blant annet fordi det har *”utrolig mye å si for behandlingen”*.

Siden sykepleieren oppfatter at familien er svært viktig for pasienten, blir den viktig for sykepleieren også. Det er som om det er noe grunnleggende betydningsfullt som informanten ønsket å avklare sammen med pasienten, for pasientens skyld, slik at relasjonene kan være inntakte (*”ofte kan det ha vært mangel på kontakt lenge ...”*) og at de kan være gode (*”at de er trygge og vet at de har det bra hjemme...”*).

Det er kanskje slik at en må legitimere en manglende interesse for pårørende i dag? Denne informanten mener det motsatte og at pårørende har *”utrolig mye å si for behandlingen”*. I så måte kan en si det er et bakenforliggende motiv, men det går også an å si at det er et uttrykk for respekt for pasientens verden å bry seg om deres nærmeste, fordi det er pasientens ønske (fordring) i situasjonen som syk.¹⁰⁰ Det er derfor flere grunner til å inkludere pårørendeperspektivet i videre diskusjoner.

Samtalen løftet fram mange viktige temaer som gjaldt vanskelige pasientsituasjoner. Informanten har sin praksis sterk forankret i et enhetlig menneskesyn. Hun innbefatter dermed det eksistensielle i sin yrkesfunksjon og viser gjennom egen praksis eksempler på dette. Hun synliggjør en dyptliggende respekt for pasientens behov og valg. Historiene hun fortalte, viser pasientens behov for trygghet og forutsigbarhet i en situasjon der han er fullstendig avhengig av andre. Informanten ivaretar dype allmennmenneskelige behov hos pasienten. Den eksistensielle tematikken viser mennesket som mening- og frihetssøkende, på tross av sin avhengighet.

¹⁰⁰ En venn fortalte en gang sin egen historie da han var kritisk syk, bundet til respirator og annet medisinsk utstyr. I denne situasjonen, lenket til sengen, var han mest opptatt av hvordan familien hadde det og hvordan personalet ivaretok dem når de kom på besøk.

Sykepleierens innstilling til pasienten imøtekommer og forløser dypereliggende eksistensielle behov hos pasienten, som ble ivaretatt av informanten på en forbilledlig måte. Tilnærmingen fra sykepleierens side syntes å understøtte et grunnleggende behov etter mening i det meningsløse og mulighet til å påvirke sin egen situasjon. Derfor bekrefter denne gjennomgangen at mennesket som mening- og frihetssøkende ikke endres selv om det er i en ekstremt avhengig situasjon. Dette kan forstås i lys av at mennesket alltid er en enhet av kropp, sjel og ånd. Når kroppen har en sterk sykdomslidelse, tar ikke "sjelen" og "ånden" pause, men søker å sørge for menneskets verdighet, uansett ytre omstendigheter.

Grenseoverskridende møter – "du blir når andre går"

En må kunne våge å være usikker med hensyn til hva en kan utrette i en vanskelig situasjon, der en på forhånd ikke vet svaret eller de rette løsningene, er informantens første innspill når de vanskeligste tema i sykepleien kommer på bordet. "Det er greit" om en kommer "litt ut å kjøre", for ellers "kunne hun ikke jobbet her." På denne posten blir en ofte utfordret på områder der en ikke på forhånd vet hva en skal gjøre eller si. Dette går på "det menneskelige", slik hun uttrykte det. Men en god del skal en også vite og kunne (på forhånd), som "faste prosedyrer, at man gjør ting som de skal gjøres".

Informanten fortalte om pasienter som venter på visse sykepleiere som de ønsker å snakke med, ved å spørre hvem som kommer på vakt. Det handlet om at de ville snakke om sine bekymringer knyttet til barn, familie, fremtid osv.

Informanten fortalte en slik historie om en pasient som begynte å gråte da hun fikk se henne (informanten): "... da kan jeg prate ... da vet jeg at jeg får svar, som ikke bare er sånn svadasvar. Og du kan prate om liv og død på en ordentlig måte ..."

Når slike ting skjer – hvordan har sykepleieren det, og hvordan oppfatter informanten denne situasjonen? Til det svarer hun at det er som å være "kjemperedd", at hun har høy puls – hun synes det er like vanskelig som de andre og gjør mange avveininger om hun skal eller ikke skal gå inn til denne pasienten som gir henne en slik respons og har slike forventninger til henne.

Hvordan denne sykepleieren ble oppfattet av pasienter, illustreres av annen pasient, som omtalte hennes måte å være på slik: *”... en ting med deg som jeg ikke har opplevd med mange andre ... det at du bryr deg der andre går.”* Informanten sa dette har å gjøre med personlige egenskaper, som du enten har eller ikke har. Samtidig brukte hun rasjonelle argumenter om motivasjonen for sin egen handlemåte: *”Jeg synes det er feigt å gå ... tenk på dem som sitter igjen, da?”*

Det er tydelig at informanten hadde tenkt mye på personlige egenskapers betydning for å handle slik hun gjør. Hun viste til måter hun alltid har vært på, også i sitt voksne (yrkes-) liv. Det går på å gjøre det hun mener er rett. Hun ser også at det har sammenheng med personlige kvaliteter og vilje til å handle når hun mener noe er riktig å gjøre.

Det var nærliggende å følge opp med spørsmålet: Hvordan er forholdet mellom de nære, konkrete fysiske behov og de mer eksistensielle behov, og på hvilke måter kan sykepleiere ivareta disse?” Informanten sa hun kanskje har preferanser for ”det menneskelige” og kan være litt tilbakeholden og uoppmerksom når det gjelder konkrete fysiske behov hos pasienten. Hun fremholdt betydningen av å være flere som kan samarbeide om pasientene, og betydningen av sykepleierfellesskapet. Flere sammen kan lettere se og ivareta de ulike behov som finnes. Det er viktig å være hjelpsom og positiv når kollegaer henvender seg og ber om hjelp, noe hun mente kjennetegnet denne posten hun arbeider på (*”jeg synes det er utrolig hjelpsomt her”*).

Det er tydelig at informanten opplevde spenning i arbeidet med pasientene når de erfarte sin sykdomssituasjon som vanskelig og krevende, og det ikke var noen enkle svar å gi. Det kom også fram hvordan hun ble utfordret på det personlige plan, og hvilke følelser som ledsaget vanskelige situasjoner. Sykepleieren er ofte i eksistensielle ”rom”, der møtet med pasienten oppleves nærgående og utfordrende. Selv vek hun ikke unna situasjonene (*”jeg synes det er feigt å gå – tenk på dem som sitter igjen, da”*), selv om de var krevende (jf. utsagn som: *”jeg var jo kjemperedd”*, *”jeg kan ha ganske høy puls noen ganger, altså”*). Fordi hun likevel tar utfordringene, og bryr seg, blir hennes handlemåte bekreftet av utsagn som: *”Du blir når andre går.”*

Det er rimelig å si at utsagnet, som kom fra pasienten som begynte å gråte da hun så igjen sykepleieren (jf. over), må betraktes som en fordring om å bli tatt vare på. Gråt kan være tegn

på at en pasients anliggende er viktig og får dermed etisk relevans. Hvordan forstå en slik henvendelse fra en pasient? Det var åpenbart slik at informanten oppfattet pasientens gråt som en fordring, og viste i måten å forholde seg til pasienten på, en stor forpliktelse til å være det medmenneske som situasjonen krevde av henne. Dette hadde hun allerede vist tidligere i sine møter med (blant andre) denne pasienten. Det skapte igjen en forventning til henne som sykepleier, at pasienten på nytt ville få oppleve at pleieren kom henne i møte. Gråt var her uttrykk for at noe var viktig for pasienten. Dette ble bekreftet av pasienten selv (jf. ”... *da kan jeg prate om liv og død, på en ordentlig måte*”).

Denne informanten beskrev klare dilemmasituasjoner og klare utfordringer knyttet til det å møte pasientene på en god måte. Hun snakket om ”*de som blir sittende igjen*” med sine spørsmål og ønsket å være en som ikke lar pasienten bli igjen alene. Samtidig beskrev hun disse situasjonene som en kamp som hun følte ubehagelig og som hun ønsket å slippe. Hva det er som skaper dette ”ubehaget”, er interessant å vite noe om. Ubegaget ble beskrevet som et dilemma – et dilemma mellom to ”poler”. Disse eksemplifiseres her som å være mellom pasientens behov for å ha andre hos seg og hennes eget ønske om ikke å være til stede (fordi situasjonen er vanskelig og ubehagelig). Det kommer til uttrykk i informantens utsagn i møte med en mor og et lite barn hun skulle ha ansvaret for (”... *du går ikke fra foreldre og en på 10 år ...*”)

En annen situasjon sier noe om hvor sammensatt det er å skulle forholde seg til alle pasientens behov. Nærmest litt selvironisk karakteriserte hun sin manglende evne til å se alle pasientens behov og var ofte på etterskudd i forhold til sine kollegaer, særlig overfor nærliggende fysiske behov (”... *jeg lurer på når jeg skal være den første til å oppdage sanneling?*”). Dette berørte også forrige informant, som beskrev hvordan sykepleiere ser ulike ting hos pasientene, noe som kan ha å gjøre med kunnskap og erfaring, men kanskje også hvordan man ser. Dette er interessant for hva en forholder seg til og hva som blir ”oppdaget”. Det sier kanskje vel så mye om hva en har som sine umiddelbare preferanser, og som dermed vil komme til å bli ens ”første innskytelse” når en må forholde seg til en tilstand/situasjon og handle.

Samtalen med denne informanten synliggjorde noe av det smertefulle i å skulle møte det uforutsigbare i pasientens smerte/lidelse, der en som sykepleier må gå utover det en kan forutsi og kontrollere i situasjonen. Det handler om personlig sårbarhet i møtet med andres

lidelse, som utfordres på en spesiell måte når ens eget handlingsrepertoar ikke er tilstrekkelig for å møte pasientens behov, eller hvor en ikke har optimal trygghet for mestring i yrkesrollen. På tross av dette mobiliseres et mot til å bli værende og ikke unnvike de vanskelige pasientsituasjonene. Det er som om dette forutsetter muligheten for "de grenseoverskridende møtene", som forløser pasientens eksistensielle tematikk.

Omsorgens grenser og muligheter

Informanten fortalte om en pasient som hadde røykt på rommet, og som var fratatt egne sigaretter. Dette opplevde hun som "overgrep" og umyndiggjøring. Det var først og fremst sikkerhetsmessige grunner for personalets reaksjon, noe som ble forsøkt formidlet til pasienten (informantens eksempel).

Episoden medførte problemer for relasjonen mellom avdelingen og pasienten. Informanten beskrev hvordan hun ble involvert i denne situasjonen, og at hun hadde tatt opp med pasienten det som var blitt vanskelig, som noe som var relatert til personalets håndtering av hennes røyking. Pasienten oppfattet sykepleierens initiativ og henvendelse på en positiv måte.

Informanten argumenterte med at det var viktig å få henne "med på laget". Hun sa: "*Vi ga henne aksept for at hun hadde valg.*" Informanten brukte også ord som å "*vise henne tillit*".

Det er mulig å oppfatte tilnærmingen til denne situasjonen som tillitsskapende arbeid, ved at de ga pasienten valgmuligheter. Informanten forsøkte å komme til klarhet i hvordan pasienten hadde det på bakgrunn av den konflikten pasienten kjente på, på grunn av tiltak som ble gjort slik at hun ikke kunne disponere røyken som hun ville. Hun hadde savnet begrunnelsen, som hun etter hvert fikk, at røykeforbudet har å gjøre med sikkerheten. Hennes motstand overfor personalet gikk på kritikken hun følte fra personalet, for "*hennes måte å velge på*".

Her er antakelig et underliggende tema, som informanten berørte. Det er lett å bli brakt i forlegenhet om en føler seg utfordret og kritisert for å ha en inkonsistent livsførsel. Det er ikke vanskelig å forstå at de som røyker, kan føle det slik, når de vet at de ikke burde røyke, av helsemessige årsaker.

Informanten var opptatt hvilke grenser som skal gjelde for hvordan en forholder seg til pasienter, når de har en atferd som det er mange (faglige) grunner til å kritisere. Informanten sa at en trår over en grense når en ikke respekterer pasientens ønske om å røyke på tross av gode grunner for ikke å røyke. Informanten beskrev en allmenn pragmatisme: *"... noen ganger skal en akseptere at ting bare er sånn."* Noen ganger er det "visjonære" (informantens ord) ikke rett å etterfølge: *"Vi kan ikke regne med at man gjør det som er best å gjøre."*

Informanten diskuterte hvor grenser går for hva en kan/skal bry seg med (om), som helsepersonell. Sammenhengen en er i, har stor betydning når ulike tema skal tas opp med pasienten. Det er viktig å finne ut av hvilke muligheter en har for å få oppmerksomhet eller positiv respons på det en vil ta opp. Her oppfatter jeg at informanten var opptatt av "timing" i sine tilnærminger til pasienter og pårørende, for at budskapet, eller hennes anliggende, måtte bli forstått på en god måte, for å kunne nå fram. For å nå fram med det en ønsker, er det nødvendig å forstå pasientens motivasjon for den være- eller handlemåten som er problematisk. Det kan være de har *"et eller annet ønske i bunn"* (slik informanten uttrykte det).

Samtalen dvelte også ved de pårørende eller nettverkets betydning (*"nettverket rundt pasienten har kjempemye å si"*). Informanten var opptatt av tiden etter oppholdet/behandlingen. Dette understreket hun ved å henvise til egen erfaring som syk, uten å si nærmere hva det gikk på. Men hun sa at det er betydningsfullt at *"ting er i orden og at en har noe nettverk inntakt"*.

Informanten reflekterte også over forholdet mellom sykepleier, pasient og pårørende. Dette forholdet kan være komplisert, fordi det er så mange hensyn å ta. Her kan pleiepersonalet bli en *"kile mellom pasient og pårørende"*, noe hun mente kunne handle om dårlige grenser for yrkesrollen og personlige behov hos personalet. Denne grenseoppgangen handlet om hvorfor en skal involvere seg og ikke involvere seg. Hun gikk ikke inn på hva det betydde, men sa at erfaringer er viktige for å klare grensedragninger mellom involvering og å la ting være. Et eksempel informanten brukte og som kan være et viktig element i denne grensedragningen, er å tenke at en ikke *"må ta på seg rollen som den store velgjører... vi må være klar over den makten vi representerer"*.

Det kan virke paradoksalt og provoserende å måtte forholde seg til pasienter med en alvorlig kreftsykdom, som beveger seg mellom røykerommet og behandlingsrommet. Men samtidig ga eksemplet en god anledning til refleksjon over vanskelige dilemmaer som helsepersonell står overfor.

Et sentralt tema synes å være *frihet til å velge*, på tross av at helsepersonellet kunne ha gode grunner til å markere grenser for pasientens være-/handlemåter. Likevel ønsket informanten at denne grensemarkeringen ikke skulle forstås eller oppfattes som en overkjøring. Men parallelt med dette er det en underliggende sensitivitet hos sykepleieren (informanten) i måten pasienten ble møtt på. Pasienten oppfattet først en kritisk og overstyrende tilnærming, uten at hun hadde oppfattet begrunnelsene som konstruktive i situasjonen. Selv om det ikke uttrykkes eksplisitt, må det være en spenning (kanskje en skyldfølelse) hos den som røyker samtidig som han eller hun er under behandling på en kreftavdeling. Konflikten med personalet kunne være uttrykk for en utløsning av denne spenningen.

Hvordan en som sykepleier forholder seg når pasienten har en atferd som objektivt sett ikke er ønskelig, synes å være et viktig underliggende tema mellom denne informanten og pasienten. Informanten viser til det paradoksale i eget liv, ved at hun også gjør ting som strengt tatt ikke er så fornuftig, selv om hennes eksempel ikke er røyking. Hun viser stor forståelse for og solidaritet med pasienten.

Hun viste også varhet for hennes situasjon. Fordi pasienten antakelig oppfattet sin røyking som lite prisverdig i den sammenhengen hun befant seg i, antok hun trolig også at hennes røyking var utsatt for kritikk. Dermed var hun svært sensitiv for kommentarer (om røyking). Hun ble sårbar for kritikk.

Utfordringen i en denne behandlingskonteksten handlet også om hvilke argumenter og sanksjoner en kan bruke for å regulere andres atferd når det gjelder sykdom og behandling, når atferden (f.eks. røyking) har betydning for selve behandlingen. Samtidig er måten en tar opp dette på, avgjørende for om pasienten opplever seg overkjørt/krenket eller ikke.

Sykepleieren hadde ”gått noen runder med seg selv”, og hun utviste en holdning der hun prioriterte pasientens behov for å bli ivaretatt. Hun nedtonet derfor det paradoksale i hennes røykeatferd, til fordel for en ”godlynt pragmatisme”, og knyttet begrunnelsen for sanksjonen

kun til de sikkerhetsmessige hensyn. Slik flyttet sykepleieren fokus fra personen ("hun burde ikke røyke") til et felles anliggende ("eksplosjonsfare"), noe som ikke utfordret personlige og følelsesmessige forhold hos pasienten.

Hun var også opptatt av pasientens motivasjon til ikke å røyke på rommet. Det var det som ga legitimitet til å ta opp hennes røyking. For informanten var det viktig å være saksorientert og ikke normativ i tilnærmingen til pasienten. For det var ikke bare forholdet til pasienten som var viktig. Det var også viktig å legge til rette for et godt forhold til pårørende som hadde forsynt pasienten med røyk.

Dette intervjuet ble en samtale som som gjennom sitt eksempel løfter fram et grunnleggende tema i all omsorg, nemlig hvor grensene går for hva en kan gjøre og hvilke forbindelseslinjer det finnes til krenkelse og til det motsatte, nemlig ivaretagelse av menneskelig verdighet. Fordi eksemplet er såpass kraftfullt, ved at røyking representerer noe ufornuftig (på en kreftavdeling) men samtidig er svært alminnelig (og legalt), gir eksemplet innhold til den klokskap informanten utviser i sin tilnærming til problemet som hadde oppstått på posten. Omsorg er ikke noe en skal gjøre seg fortjent til, men noe som skal forløse menneskers potensial til å gjøre fornuftige valg for eget liv. Det er også grenser for omsorgens involvering, som det skal stor klokskap til å finne i de mange små og store utfordringer en yrkespraksis gir. De faglige grensene kan hjelpe noe, sammen med en avklaring av situasjonens "etiske fordring". Grensene for involvering er viktige å vite om, fordi mennesket har frihet til å gjøre egne valg. Det er vårdvitenskapens bidrag at den vil se på hvilke muligheter som finnes til å forløse menneskers og situasjonens muligheter. Hjelpekunstens muligheter ligger i det vårdande, som kan påvirke motivasjonen (viljen).

Fellesskapets betydning for å utholde lidelse

Informanten var også pårørende til en som hadde en alvorlig kreftsykdom. På tross av aktiv cellegiftbehandlingen hadde tumoren vokst. Informanten formidlet sin bekymring over hennes situasjon og beskrev et dilemma mellom det å være sykepleier ("*jeg ser så mye som skulle vært gjort*") og det å være pårørende og venn. Samtidig sier hun: "*Jeg ser nå hvor mye informasjon pårørende trenger, det er de som skal være der for pasienten som støtte, og det er de som skal sitte igjen med en masse spørsmål som de ikke har muligheter til å få svar på.*"

Det synes som om hun så den pårørende i et nytt lys som en følge av sine egne erfaringer som pårørende.

Samtalen utdypet videre betydningen av å *”være kjent”* med pasienten. Informanten antydte forhold som er av betydning, som det må legges til rette for, som tid og anledning til å lytte til pasienten. Det var ikke lett å være *”for kjent”*, slik en er med for eksempel sin ektefelle. Det nærmeste informanten kom i å beskrive kvaliteter ved en nær og personlig relasjon, var at *”’kjemien’ stemmer ... det er noen du vil, tør åpne deg for, lettere enn andre ... en ser forskjell på pasienten, også”*.

Informanten fortsatte sine refleksjoner sammen med intervjuer om sin opplevelse av å være ansatt på avdelingen. Informanten sa spontant: *”Jeg synes det er veldig tøft å jobbe der. Jeg synes det er en tung avdeling, men hadde det ikke vært for den personalgruppen man har rundt seg, hadde det vært enda tyngre. Skjer det noe spesielt på avdelingen, så er det aldri noe problem å ta det opp. [...] Alle tar seg tid til det.”*

Her trakk hun også inn sine egne erfaringer som pårørende: Kontakten med kollegaene var *”alfa og omega”*, altså svært betydningsfull. Og hun sa, med henvisning til sin venn som var syk: *”Hvis du har gått og slitt med noe og ikke kunne pratet med kollegaene, så ... Det å komme hjem og ta ut ting hjemme, blir ikke på samme måten, fordi de har ikke samme forståelsen som kollegaene på jobb. Jeg har merket bare med min venninne ... det er nesten best å prate med de på jobben om det, fordi de kan sette seg inn i situasjonen jeg er i.”* Det er viktig å forstå at det kan være slik, og det sier litt om erfaringens betydning som referanse for forståelse. Hun utdypet dette litt i det følgende: *”Så det er et eller annet med å forstå på et ganske grunnleggende nivå hva det handler om da ... som ikke alltid er så lett å sette ord på ... det har jo å gjøre med det også ... at en har en felles referanse som gjør at når en sier noe, så vet man hva det handler om.”*

Dette er en beskrivelse av kvaliteter ved et kollegium. Slike kvaliteter kan være ordløs og lite artikulert, men erfares like fullt som noe reelt og godt, og som en føler som noe en har felles.

Noen situasjoner er særs vanskelige. Følgende lille refleksjon gjaldt forholdet til de unge pasientene: *”... det å gå utenfor litt av det vanlige på sykehuset i løpet av en dag [...] ... man kan kanskje ikke like lett trekke seg unna de unge ... Det jeg har erfart med de unge, er å ta*

vare på hverdagen, på en måte. [...]... spør han litt mer om kamerater og ... det viktigste er å få lov til å være sammen med dem [kameratene].” I slike situasjoner ble det sosiale rundt pasienten viktig, noe denne informanten selv konkluderer med, fordi det har, som hun sier, betydning for behandlingen og tiden etterpå.

Hva skjer i situasjoner som gjør at en tar opp ting eller lar ting ligge? Hva består barrierene av, i forholdet mellom sykepleier og pasient, når vanskelige tema aktualiseres? Som et anskueliggjørende eksempel på dette fortalte denne informanten om hvorfor venninnen byttet sykehus i behandlingsperioden. Hun bekreftet at det hadde å gjøre med hvordan hun ble ivaretatt og tatt imot som pasient. Da informanten snakket om dette, sa hun: *”Det er vanskelig å vite når man da skal bryte den barrieren. ... Når pasienten er klar for det ... det er ikke slik at alle pasienter er klare for det, heller. Og så kan de vise det på helt forskjellige måter.”*

Informanten avrundet denne sekvensen med å antyde det positive i at flere typer personale kan ivareta ulike pasientgrupper. At begge kjønn var representert ble også nevnt som noe positivt, og det hadde kommet flere mannlige sykepleiere på posten i det siste. Ellers er det viktig å forstå at det kan ligge mange årsaker til grunn for pasientens reaksjoner.

Informanten beskrev fellesskapet rundt det som er viktig og betydningsfullt i livet (og som sykepleier), som til dels ordløst. Fellesskapet ble oppfattet som en ”taus” støtte, fordi en hadde en felles forståelse ut ifra felles erfaringer. Denne forståelsen har en nødvendigvis ikke om en er utenforstående. Dette ble illustrert ved informantens problematisering av det å kunne være en støttende person, om en er utenfor den andres nære (yrkes-) kontekst. Men når tema ”pårørende” kommer fram, får samtalen et mer ”potent uttrykk”, fordi informanten selv erfarer pårønderollen. Det var en viktig rolle å ha og kunne fylle, ikke primært for egen del, men av hensyn til den som var syk. Så bekrefter hun at hun vil komme til å forholde seg annerledes til pårørende. Informanten hadde fått en annen oppmerksomhet på det å være pårørende gjennom erfaringen som pårørende, der en nær venn var alvorlig syk.

Informanten underkjenner ikke hvor krevende arbeidet på avdelingen hennes er, og at det er av uvurderlig betydning å ha kollegaer som er åpne for spørsmål og som er hjelpsomme når det er behov for å finne løsninger. Det er ”alfa og omega” for henne å ha en slik støtte. Ikke bare fordi det betyr praktisk hjelp når det er nødvendig, men antakelig også fordi det gir en personlig bekreftelse på at de andre vet hva en selv er midt oppe i og erfarer.

Samtalen betonte pårørendes betydning for pasienten, og sitt eget yrkesfellesskap som særlig betydningsfullt i tunge eller vanskelige situasjoner. Det ligger under her en innsikt av at fellesskap er betydningsfullt ut over det å ha en vanlig ("overfladisk") relasjon til andre mennesker, men som noe som har en klar funksjon: Det får en til å orke å møte/stå i det vanskelige i livet. Slike fellesskap styrker, gir mot til å holde ut når en ikke kan velge seg ut av det som er vanskelig (som pårørende) eller når en som sykepleier ønsker å gi pasienter en ivaretagende omsorg (som i møte med den unge pasienten).

Sykepleiefellesskapets kompetanse – en forutsetning for å kunne møte pasienten som et lidende menneske

Denne samtalen ble gjennomført med tre informanter, som alle hadde lederfunksjoner knyttet til posten. Dette er den første samtalen som ble gjennomført. De tre var på mange vis "døråpnerne" for studien og støttet på ulike måter gjennomføringen av den. Samtalen var slik sett var "godt forberedt" fordi vi hadde god kjennskap til hverandre, i og med at vi hadde hatt kontakt i forkant av perioden jeg var på avdelingen og hele tiden underveis.

Fordi dette er en gruppesamtale, skal noen forhold nevnes. Som tidligere nevnt hadde denne samtalen likevel ikke en annen hensikt enn de øvrige. Målet var sammen å utforske studiens problemstilling og særlig belyse forskningsspørsmål B.

Det er fordeler og ulemper knyttet til det å intervju flere sammen (Halkier, 2002): Den enkelte får sagt mindre, og atypiske forståelsesmåter kan bli underrapport på grunn av økt sosial kontroll. På den andre siden nevnes den sosiale interaksjonen som kilde til data, noe som fremkommer under. I tillegg gir en slik tilnærmingstype en mulighet for å fokusere tema ("produsere konsentrerte data"), noe som var viktig for denne studien. På grunn av den positive dynamikken mellom deltakerne synes ikke de negative sidene ved denne måte å intervju på å ha særlig betydning. Tvert imot var det heller slik at informantene supplerte hverandres resonnementer. Intensjonen var å kunne trenge dypere inn i forhold som påvirker den caritative etikken.

Det fremkommer i denne fasen av studien at forskeren var interessert i konkret å utfordre informantene når det gjaldt begrepene ansvar, mot og offer, som diskuteres i studiens teoridel. Av grunner som er redegjort for, nedtones disse begrepene i den empiriske studien, til fordel

for en mer åpen tilnæringsmåte med utgangspunkt i vanskelige etiske situasjoner i møte med pasientens eksistensielle fordringer.

Samtalen tok utgangspunkt i begrepet 'offer', som de tre informantene umiddelbart grep tak i. Spontant sa de at de ikke oppfattet begrepet som aktuelt for seg eller for praksis: *"Jeg skjønner det nesten ikke [...] og kjenner ... tror at vi ... går rundt her som noen martyrer... og ofrer masse for... en gjør jo ikke det."*

Informantene ble så introdusert for forskers forståelse av begrepet. Dette endret ikke deres "negative" assosiasjoner til det, men tvert imot utdypet informantene sin egen oppfatning ved å lansere alternative ord og begreper: *"Det er ikke sånn at jeg må ofre noe eller må unnlate, men jeg gjør et valg og må prioritere", "... hvis jeg da skal si nei – jeg orker ikke å ta det, så forskyver du på en måte problemet – til andre [...]... jeg ofrer meg ikke for sårskiftet – hvis jeg da skal si nei – jeg orker ikke ta det, så forkyver du på å en måte problemet til andre."*¹⁰¹

Neste spørsmål ble knyttet til fellesskapet sykepleierne har på posten, til hva de syntes var viktig og ønsket å få til sammen, og i hvor stor grad de opplevde (som gruppe og enkeltpersoner) å komme/ være i vanskelige etiske konfliktssituasjoner.

Eksempler på konfliktsituasjoner var knyttet til behandlingsmål og dermed til samarbeidet med medisinerne. Aktuelle tema var hensikten med behandlingen, behandlingsmål og det å få til god smertelindring. Temaene ble fulgt opp ved at informantene beskrev sine faglige fokus. Disse ble også eksemplifisert ved intervjuers egne observasjoner, gjennom sykepleiernes handlinger, væremåter og hva de selv muntlig omtalte som hensikten med sykepleie: *Sykepleie er å bry seg om alt som har betydning for pasienten.* Dette gikk igjen i informantenes egne beskrivelser. Fordi sykepleierne har pasientene i fokus, *"blir sykepleietjenesten tatt veldig på alvor [...] og har ofte gode argumenter for hvorfor de mener sånn og sånn."* Dette ble blant annet begrunnet med sykepleieres kontakt gjennom hele døgnet (kontinuitet). På den måten får sykepleiere et bilde av helheten rundt pasienten. En kan

¹⁰¹ Fra intervjuers side ble begrepet et eksempel på hvordan vi bruker språket for å betegne den virkeligheten vi ser eller forsøker å beskrive. Vi bruker alle et språk som best uttrykker vår opplevde virkelighetsforståelse (eller forforståelse). I så måte ble den virkeligheten eller fenomenet dette begrepet skulle forsøke å beskrive, ikke delt av informantene.

lede ut av det informantene sa, at fordi sykepleiere er rundt pasienten hele døgnet, ” *er det vi som har ansvaret ... det er vi som er her*”. Her ble ikke sagt så mye mer om innholdet (eller substansen) i hva dette ansvaret innebærer, men ansvaret synes å følge som en konsekvens av det tilsynet sykepleietjenesten fører og den hjelpen som gis, ut ifra det som er pasientens behov til enhver tid.

Sykepleie handler om at helheten rundt pasienten blir ivaretatt. Slik dette kan oppfattes, innebærer det alt som er relevante behov pasienten måtte ha, som de ønsker å få hjelp til: ”*Fokus må være den enkelte pasient, for å få ting tilrettelagt og gjort på beste måte, få pusle sammen alle brikkene.*”

I lys av foregående ble temaet hvordan en kan komme inn på de vanskelige spørsmålene i tilknytning til liv og død (eksistensielle tema) introdusert. Her tok informantene opp betydningen av individuelle forskjeller hos pasient og hos sykepleier, som går på behov og kompetanse. Dette hadde også å gjøre med personlige preferanser (”... *for meg så kan det være naturlig å gå inn i en ting som ikke er naturlig for deg*”). Det er noe en føler seg mer kompetent til, eller at pasienten signaliserte bestemte ønsker (”... *at sykepleieren har kartlagt hva er det du trenger...[...].er det ikke slik pasienten ønsker?*”). Dette ble knyttet til sykepleieprosessen, til det kliniske blikk med referanse til Benners bok *From Novice to Expert* (1984).

Når en innehar sykepleiekompetanse, vet en også hvilke instanser/personer en kan ta i bruk i vanskelige og utfordrende situasjoner, ikke fordi en trenger å beskytte seg selv, men fordi en ser at pasienten trenger å ”*prate med noen andre enn meg*”.

I fortsettelsen av dette søkte forsker å få mer tak i hvordan sykepleierne oppfatter at pasienten har det, de ”virkelig ønsker å finne det ut”, og faren for å bli for defensiv i møtet med de vanskelige situasjonene en står overfor som sykepleier. Informantene forsto umiddelbart muligheten en har til å trekke seg og sa: ”... *fristelsen til ikke å ha ham eller hun som pasient ... i virkeligheten så har det noe å gjøre med det ekstremt meningsløse ... og det må jo utfordre en sykepleier... å skulle være der sammen med pasient og pårørende [...].alle som jobber her har vært i en eller annen pasientsituasjon hvor pasienten ... det har vært kjempevanskelig og hvor en har behov for å prate med noen andre og kanskje blitt veldig*

følelsesmessig berørt, eller... du synes det er helt for jævlig at det er sånn ... og har behov for å si noe om det.”

Dette indikerer at slike temaer berører sykepleierne. Det forteller at eksistensielle spørsmål aktualiseres i møte med syke pasienter.

Så kom betydningen av det fellesskapet en som sykepleier er en del av på posten, fram: Det syntes å komme spontant som en følge av tematikken som ble berørt: *”Men samtidig så tror jeg det òg er viktig å få lov til å ha den følelsen og ha et forum der du kan si noe om det [...]... vi står jo aldri alene [...],... nei, det gjør vi ikke.”* Informantene avløste hverandre i å forsterke betydningen av dette fellesskapet, som hjalp dem til å forholde seg til vanskelige pasientsituasjoner.

En sa følgende om akkurat dette: *”Altså vi har en kultur – å kunne ta fram alt. Det er kulturen vår i sykepleien at vi kan ta opp alt og bruke hverandre, selv om ting er veldig vanskelig. Sånn føler jeg det er (i samarbeidet) med legetjenesten òg ... hvor en mobiliserer alt og kommer ut av pasientrommet – og knekker (bryter) sammen, hvor både jeg som sykepleier og legen kan gjøre det, og hvor vi kan trekke inn på et kontor å si noe om det ... ”dette var tøft”. Det er på en måte ... å være profesjonell ... at du er engasjert.”*

Som en følge av ovenstående nevnte en av informantene det å ha mot i sykepleien. Hun sa: *”Jeg tenker på dette med mot ... mot kommer kanskje etter hvert ... at vi er ikke så modige...altså motet kommer – at det blir styrket i den kulturen som vi er i – at vi ’piffer’ hverandre opp ... at vi skal tørre – ’prøv på dette nå’, eller ’jeg er på siden av deg’, eller...”* Slik snakket informanten, samtidig som hun forsøkte å uttrykke noe mer om hva dette handlet om. Hun sa: *”Jeg tenker på det, mot som opparbeides over år – det har noe å gjøre med erfaringskunnskapen. Du senser at det er noe gærn’t her – at de ikke har det greit, det ser du jo veldig fort.”* Kanskje var dette litt uklart eller informanten søkte å presisere noe – og spurte: *”Hva er det som gjør at man tør mer med mer erfaring?”*

Ut ifra dette kan en si at erfaring styrker ens evne til å forutsi resultatet av det en har tenkt å gjøre. Kanskje det har å gjøre med at en opparbeider en forventning om å lykkes, og at det slik er lettere å være modig? Men er det å være modig? Hva betinger motet i seg selv? På hvilke måter er mot betinget av den ytre kontekst en til enhver tid er en del av?

Erfaring er altså et nøkkelord. Informantene var opptatt av erfaring som først og fremst en følelsesmessig erfaring. En av informantene ga følgende eksempel: Hun veiledet en student i praksis som var svært opptatt av å kunne gi svar i vanskelige samtaler – det å kunne gi svar var samtidig en forutsetning for å gå inn i slike samtaler: ”... om å tørre å gå inn i sånn samtale med pasienten ... som hun sa flere ganger... hvordan skal jeg tørre det? For det jeg er så redd for, er at jeg ikke skal gi noen svar. Hva hvis jeg ikke veit hva jeg skal si? [...]. Det var liksom det som hele tiden gikk igjen – dette med 'jeg har ikke nok kunnskaper – jeg kan ikke gi det svaret'.”

Offerbegrepet kom opp igjen. Eksemplet viste at sykepleierstudenten ikke kunne forutsi utfallet av samhandlingen med pasienten, eller kontrollere hva som ville komme til å skje. En kan spørre hvorfor hun var så opptatt av mestring.

At sykepleiere er mestringsopptatte, ble støttet av informantene, selv om dette med ”offer”, ikke følges opp; det syntes fortsatt ikke å være relevant. Derimot tok den ene opp tråden fra diskusjonen om mot og sa: ”For meg er mot at du kan si noe om at dette her kan jeg ikke svare på [...]. Jeg mener du er modig om du kan si noe om deg selv og dine egne styrker og svakheter.”

Hva det så er som fremmer denne evnen til å våge mer/ være modige – ble berørt i siste delen av intervjuet. Her var sykepleierne opptatt av et sentralt tema for denne studien – nemlig betydning av å inneha basiskunnskapen i sykepleiefaget. Det er i seg selv tillitsskapende (”at en ikke fikler og er usikker ...”) og en forutsetning for å få og kunne ha tillit. Det ble vist til pasientundersøkelser der pasientene vektla betydningen av at sykepleiere kunne de tekniske prosedyrene (henge opp kuren, bruke infusjonspumpe, legge inn venflon, osv.). Dette ble fremhevet som nødvendige forutsetninger for den mellommenneskelige kontakten mellom sykepleier og pasient – ”da har du litt mer overskudd til å se [...] for det er noe å være trygg på basiskunnskap, før du kan begynne med alt dette andre ... for det tar så mye av deg ...”

Den mellommenneskelige kunnskapen er òg nødvendig å ha. Dette ble ikke utdypet, men ble oppfattet som implisitt i det som ble sagt. Det ene utelukker ikke det andre, men det er ulogisk, slik informantene beskriver det, å forvente å bli troverdig i pasientens øyne, om du ikke kan de grunnleggende oppgavene en sykepleier forventes å kunne.

Det synes å være en "aversjon" mot offerbegrepet blant disse informantene. De har negative assosiasjoner til begrepet – som å være et "offer", eller være uprofesjonell. I tillegg er det vanskelig å ha et positivt forhold til dette begrepet som kvinne.¹⁰² Offer gir for informantene ingen positive kvalitative assosiasjoner med relevans for sykepleieetikken.¹⁰³

Hvordan beskrives ansvaret av sykepleiens ledere?

Beskrivelsene tar utgangspunkt i en praktisk hverdag. Intervjuet bekreftet sykepleieres tendens til å begrunne faget og fagutøvelsen "nedenfra" og ikke "ovenfra" (eller prinsipielt). De tok utgangspunkt i at de er rundt pasienten hele døgnet (kontinuitet), de har pasientens ve og vel i fokus (det betyr at de har gode argumenter for hva som er pasientens beste, noe som medfører at pasientene blir lyttet til). De er til stede hele tiden (da har de også ansvar, jf. uttalelsen "...vi som har ansvaret, det er vi som er her").

Altså legitimerer tilstedeværelsen, og dermed kontinuiteten, ansvaret og yrkesfunksjonen, som knyttes til alle aktuelle behov hos pasienten, så lenge han er pasient.

Fordi denne funksjonen er døgkontinuerlig, gir den en god innsikt i pasientens situasjon til enhver tid. Denne kunnskapen gjør sykepleierne uunværlige – under visse forutsetninger – for alle andre grupper som har med pasientene å gjøre.

Det er vanskelig å tale om ansvar og ansvarlighet i sykepleie på et prinsipielt grunnlag. Fordi sykepleie som fag er så tett forbundet med hva sykepleiere *gjør* (kontekst), ser faget mangfoldig ut, og faget kan derfor synes å være "prinsipielt pragmatisk". Det kan da bli vanskelig å finne grensene for fagutøvelsen eller dets handlingsrom, og dermed blir spørsmål om ansvarlighet vanskeliggjort. En kan spørre om hva som blir sykepleiens profesjonelle ansvar (og dermed arbeidsoppgaver) når fagets begrunnelse er knyttet til kvaliteter i relasjonen mellom pasient og sykepleier, og til å møte pasientens ønsker betinget av hans

¹⁰² Hvis begrepet skal introduseres som et klinisk relevant "hverdagsbegrep" i sykepleien, ville det antakelig være interessant å se på sammenhengen mellom begrepet og spørsmål om validitet (jf. Kvale, 2001, 158ff).

¹⁰³ Et annet forhold som antakelig er relevant, er begrepets relegiøse overtoner, fordi det ikke brukes i hverdagsspråket, men knyttes til en relegiøs kontekst (offerritualer o.l.). Dette ble kun tangert i samtaler i avdelingen.

tilstand. Det er også utfordringende å utforme sykepleiefagets prinsipielle begrunnelse i relasjon til de instrumentelle ferdighetene sykepleiere utfører knyttet til den medisinske behandlingen? Hva betyr det for sykepleiens uavhengige funksjoner at en vesentlig del av sykepleieres arbeidesoppgaver er betinget av den medisinske behandling?

Alt dette medfører trolig at hva en skal være ansvarlig for (ansvarets substans), blir vanskelig å identifisere for sykepleien. Ansvarer blir dermed relativt og betinget, avhengig av tid, sted, kontekst og personer.

Faginnholdet bestemmes av et blikk (som krever sensitivitet) for hva pasientene til enhver tid definerer som betydningsfullt for seg. Kvalitet i sykepleie er betinget av sykepleierens evne til å persepere dette og omsette det i praktisk hjelp.

Intervjuet med sykepleierne i ledende stillinger gir en instruktiv beskrivelse av sykepleieansvar og utfordringer i møtet med vanskelige pasientsituasjoner. De peker på det positive ved mangfold i kompetanse og personlige kvalifikasjoner. Dette beskrives på ulike måter og verdsettes som en viktig ressurs til beste for pasientene.

Etter hvert kommer de marginale situasjonene i møtet med pasientens eksistensielle spørsmål fram. I noen grad berøres begrep som er løftet fram i studiens teoretiske del. Informantene synes å være svært opptatt av den kunnskapsbeholdningen sykepleierne har. I denne inngår kunnskap om alle forhold som setter dem i stand til å møte pasientens ulike behov i avdelingen. Det innebærer også en personlig kunnskap, som er av etisk/moralsk karakter. Samtidig knyttes denne personlige kunnskapen til fellesskapet på posten, som en noe de ”eier” sammen. Dette gir til sammen en felles ”kapital” (kompetanse) en rår over i møtet med pasientens lidelse.

Steg 2:

I denne delen av studiens hermeneutiske samtale steg 2 (jf. bilag 11), vil jeg se på samtalene under ett på selvforståelse og kritisk forståelsesnivå (jf. Kvale 2001). På denne måten søker en videre i en forståelse om studiens tematikk og kan gjøre andre refleksjoner med utgangspunkt i dette materiale. Tolkningsforslagene i steg 2 begrunnes kort før hver presenteres i det følgende:

Tolkningsforslag i steg 2 (A–E):

Flere av informantene er opptatt av det å skape tillit, lytte til pasientens budskap og kunne forstå bakenforliggende forhold som påvirker, endog bestemmer pasienten handlemåter. Et forhold som eksplisitt tematiseres av flere, er den praktiske yrkesutøvelsen som må mestres, slik at ikke ens yrkesmessige troverdighet forkludres og tillit bygges ned. At en sykepleier mestrer den praktiske yrkesøvelsen er viktig, og understrekes gjennom hele perioden i avdelingen, selv det ikke brukes så mye tid på dette i samtalerne.

Samtidig er sykepleiernes arbeidsoppgaver praktisk begrunnet og i liten grad prinsipielt begrunnet. Det skinner likevel igjennom et alvorlig anliggende om at alt som vedrører pasientens situasjon mens pasienten er på posten, definerer sykepleiens ansvar: *”Fokus må være den enkelte pasient, for å få ting tilrettelagt og gjort på beste måte, få pusle sammen alle brikkene”, ”... sykepleieren har kartlagt hva det er du trenger”* (jf. kapittel 7.4.3).

Det kommer også fram beskrivelser som understreker det personlige innslag i utøvelsen av yrket. Dette beskrives gjennom personlige karakteristikk (*”For meg er mot at du kan si noe om at dette her kan jeg ikke svare på”*) (jf. kapittel 7.4.3), eller at ferdigheter knyttes til personlige egenskaper (*”det menneskelige”*) (jf. kapittel 7.4.3), og at det har å gjøre med hvem en er som person. Det personlige innslaget farger synet på utøvelsen av faget, fordi det knyttes til egenskaper en har eller ikke har, og som har betydning i møtet med pasientene:

A. Tillit forutsetter instrumentelle (praktiske) ferdigheter knyttet til yrkesrollen slik den er definert på stedet en arbeider. Det synes å være en pragmatisk, ikke-prinsipiell begrunnelse for sykepleiens fagansvar. Ansaret defineres omfattende (vidt) eller mer begrensende, avhengig av kontekst, mot og personlig fagsyn.

Neste moment tar utgangspunkt i ovenstående: Sykepleiens kontekster er mangfoldige. Dermed er det ikke så lett å gjenkjenne hva som skulle kunne kalles *”sykepleiens kontekst”*. Dette betyr, slik denne studien utlegger forskerens for forståelse, at kjernen i faget blir uklar for utøverne av faget, fordi ytre omstendigheter hele tiden endres. Antakelig blir det derfor vanskelig å sammenlikne ulike praksiser for å finne sykepleiens kjerne.

Med dette som bakgrunn inkluderes det personlige som begrunnelse for involvering i pasientens eksistensielle problematikk (*"jeg synes det er feigt å gå ... tenk på dem som sitter igjen?"*) (jf. 7.4.3). Dermed angis her en argumentasjon for at denne dimensjonen i yrkesutøvelsen knyttes til personlige egenskaper og ikke til den faglige fordringen i situasjonen. Dette understøttes i sykepleiernes argumentasjon for å involvere seg i pasientens eksistensielle tematikk. I dette kommer motet inn som en personlige egenskap og fungerer som en "bro" mellom pasientens behov (og fordring) i situasjonen og sykepleierens ivaretagelse (som ikke synes så tydelig formulert i fagets mandat, åpenbart fordi det ikke formuleres eller vises til. Det vises heller til et personlig moralsk ansvar).

Antakelig gir også tidligere erfaringer mot til å møte vanskelige situasjoner på nytt fordi en opparbeider en forventning om å lykkes, selv om nye situasjoner ikke er lik den forrige. Dette er en tilleggsdimensjon ved den forberedthet en opplever å ha fra egen utdanning, som har et mestringsfokus knyttet til forberedelse for yrkesrollen. I hverdagen vil en også møte andre og nye situasjoner en ikke er trent i. Det forutsetter at den som skal hjelpe i utgangspunktet ønsker og vil stille opp for pasienten, på tross av eget ubehag, eller at ubehaget har blitt redusert gjennom erfaring fra liknende situasjoner. Dette sammenfaller med steg 1 (kapittel 7.4.3) der en tematiserer hva som skjer i *"grenseoverskridende møter"*. En er personlig, moralsk, fordi en kjenner ansvaret for pasientens velbefinnende, og må mobilisere sitt mot, fordi en trer inn i ukjent land, fordi en ikke kan forskuttere pasientens reaksjoner. På denne bakgrunn kan formuleres følgende:

B. Sykepleieres mot må mobiliseres for å kunne overstige terskelen inn til pasientens eksistensielle "dagsorden". Sykepleieren må "overvinne" egen frykt, ubehag og usikkerhet om ikke å kunne gi gode svar, eller der "rett svar" ikke er gitt på forhånd. Erfaring fra liknende situasjoner bidrar til at sykepleiere i større grad våger å gå inn i vanskelige situasjoner.

Neste moment har opplevelsen av de eksistensielle temas karakter i fokus, når disse observeres og erfares/beskrives av sykepleierne. Det synes som om vanskeligheten ikke er å kjenne dem igjen, men finne ut *om* og *hvordan* en skal forholde seg til dem. Det siste har å gjøre med egen forberedthet i møte med dette ukjente. Det første har å gjøre med om en kan utelate det fra sitt faglige/profesjonelle mandat. Det som synes å skje i praksis, er at mange begrunner sitt engasjement moralsk, også fordi de inkluderer eksistensielle tema som en del

av sykepleien. Men fordi det er så løst tilknyttet, og eksplisitt uttrykt som et faglig anliggende, kan en finne måter å unngå denne problematikken på. Eksistensielle tema er derfor nærværende i sykepleieres praksis, men er i varierende grad integrert og gitt oppmerksomhet som en del av fagforståelsen.

En annen og viktig side ved omsorgen berøres tematisk i det hermeneutiske intervjuet: Det finnes grenser som hele tiden må utforskes og avklares. Det gjelder det å bevege seg innen pasientens sårbarhetssoner. Samtidig har det i seg store muligheter til å bevege vanskelige og fastlåste situasjoner. Dette er et viktig tema i en av samtalene, som viser et eksempel på hvordan en situasjon kan snu. Derfor er det i sykepleien (som i mange andre yrker) umulig å ekskludere denne tematikken fra det faglige grunnlaget. Dette grunnlaget er i seg selv moralsk. Derfor har omsorgen en moralsk side. Dette vil komme med som viktige moment i en videre drøfting, i lys av studiens teoretiske del:

C. De eksistensielle tema har en spesiell karakter som påkaller en annen type oppmerksomhet og varhet, enn de konkrete fysiske behov. Eksistensielle tema kan derfor overses, fordi de er ubehagelige og ikke på samme måte er knyttet til yrkesrollen slik praktiske arbeidsoppgaver er.

I intervjuene vektlegges betydningen av å være tilbakeholden og samtidig tilstedeværende. Slik legges det til rette for pasientens deltakelse i situasjonen. Pasientens grenser respekteres (*"jeg tror hun ville lukke hvis jeg hadde gått inn og satt meg ned og vært pågående med spørsmål i den hensikt å hjelpe henne"*) (fra samtale). Etter hvert utviser pasienten fortrolighet om eksistensielle spørsmål, med utvalgte personer. Det synes derfor å være en sammenheng mellom imøtekommelse/ivaretagelse av eksistensielle behov og hvilken historie de har hatt med sine hjelpere. Trolig er det en nær sammenheng mellom ivaretagelsen av slike hensyn og opplevelsen av å bli respektert som den personen en er; en bekreftet verdighet som menneske. Derfor er det naturlig at pasienter utsetter å ta kontakt til spesielle personer igjen er på vakt.

Det kommer til syne gjennom egne erfaringer og sykepleiernes beskrivelser en sammenheng mellom tillit, tilstedeværelse, fortrolighet mellom mennesker og møter om eksistensielle spørsmål (*"... så åpnet hun for samtale, jeg må si det var veldig spesielt første gang"*) (fra samtale). Den praktiske sykepleieutøvelsen har også betydning; den må inkludere en omsorgsfull holdning og væremåte.

Det er i de grenseoverskridende møtene friheten forløses, eller kanskje omvendt: Når friheten sikres, muliggjøres grenseoverskridende møter. Om en forstår pasienten som mening- og frihetssøkende, ser en her en mulighet for å fremme denne attrå gjennom å utvide dette rommet i og rundt pasienten. Dette rommet er ikke bare en konkret handlingsrom, men også et rom som betegner menneskets genuinitet (jf. May, 1995). I et slikt møte muliggjøres omsorgen/vårdandet i å lindre pasientens eksistensielle lidelse.

D. Frihet (frirom for pasienten) er en forutsetning for å bli møtt på eksistensielle spørsmål, fordi det er en forutsetning for og skaper forventning om å bli møtt som den personen en er. Da lindres pasientens lidelse.

Det beskrives i studien et rikt sosialt samspill mellom yrkesutøverne i møte med vanskelige etiske spørsmål. Intervjuene viser flere eksempler på hvordan ”de stiller opp for hverandre”, som gjør at kollegiet drar nytte av hverandres sterke sider, samtidig som de svake utliknes:”... *det er veldig tøft å jobbe der*”, ”... *hadde det ikke vært for personalgruppen en hadde rundt seg, ville det vært enda tyngre*” (fra samtale).

En tilleggsdimensjon som løftes fram i dette intervjuet, er på hvilke måter et slikt fellesskap fremmer muligheten for å ta opp vanskelige ting. Informanten kjenner seg i liten grad ivaretatt om hun ikke kan diskutere vanskelige spørsmål med andre som har gjort samme erfaringer. I denne sammenhengen kan det bety at å dele erfaringer oppfattes som en støtte, fordi en vet på forhånd at andre har vært og er igjennom det samme som en selv. Det skjer en taus lindring av egen lidelse om en kan være sammen med mennesker som har de samme erfaringene.

Det er like fullt slik (som jeg tar opp i den teoretiske delen) at noen går foran. I visse situasjoner betinger fellesskapets etiske potensial at noen orker når det bryter på, og har mot til å overstige egen frykt i møte med pasientens. Hvordan dette skjer, er vanskelig å vite. Moralske brist skjer fra tid til annen og har vært gjenstand for mye undring. Studien er i grenselandet til spørsmål om det gode og onde, dets oppkomst og opprettholdelse. I noen grad blir dette også tatt opp og belyst videre med utgangspunkt i studiens teoretiske del. Særlig er det tankevekkende at omsorgen/vårdande, ut ifra et visst perspektiv, har kraft til å motivere menneskets vilje. I så måte synes fellesskap med omsorgens kjennetegn, å kunne stå imot trusselen fra ”icke-varat”:

E. Felleskapet mellom sykepleierne bidrar til å beskytte og skjerme sykepleierne fra vanskelige situasjoner og til at de utholder det vanskelige når det er nødvendig. Samtidig er de etiske anliggender betinget av at det finnes (noen) sykepleiere som påtar seg situasjonens fordring og er tilgjengelig for pasienten.

7.4.4 Tolkning av det empiriske datamaterialet i lys av de etiske fordringer – steg 3

”Den etiske fordring”, slik Løgstrup beskriver den, gir denne studien sin etiske legitimitet i den forstand at hva som er etisk relevante problemstillinger, kan identifiseres. Studiens empiriske resultater vil nå bli sett i lys av dette etiske grunnlag (jf. vedlegg 12). Derfor kan en stille følgende spørsmål som en ledesnor for denne søken etter sammenheng mellom studiens ulike empiriske uttrykk og den etiske fordring:

På hvilke måter uttrykkes de eksistensielle fordringer i de empiriske resultat?

Eller:

På hvilke måter kommer de eksistensielle fordringer til uttrykk i de empiriske resultat?

Om en kan se slike sammenhenger, vil en også kunne argumentere for disse resultatenes relevans for studien – som er å utforske fenomener at etisk betydning når pasientens fordringer er av eksistensiell art (jf. forskningsspørsmål B).

Slik jeg ser det, er det to forhold Løgstrups fordringer søker å underbygge:

I. Frihetsverdien

II. Mennesker hører sammen i fellesskap

Menneskelige relasjoner skal bidra til å understøtte frihetsverdien. Relasjoner er til for å øke livs- og handlingsrommet, samtidig som det skal ivareta fellesskapet. Dette representerer et dilemma, men er samtidig forenende motsetninger. Dette kapitlet vil udype dette videre.

På en stillfaren, men tydelig måte bekrefter sykepleiere de eksistensielle møter med pasienter som utfordrende. De peker på betydningen av å tilhøre et fellesskap, fordi det gir trygghet og en vet en får hjelp til å løse arbeidsoppgaver som er vanskelige og utfordrende. Dette fellesskapet har i seg mange verdier av sosial art, men det synes å ha en klar funksjon i møtet med pasienten og dermed med hensyn til etikken. Pasientens fordringer er knyttet til hvorvidt noen vil forholde seg til deres bekymringer. På denne måten får de etiske fordringer et praktisk uttrykk. De er heller ikke definert på forhånd, men må fortolkes i ethvert nytt møte mellom mennesker.

En funksjonell dimensjon ved denne etiske posisjon er hvordan en forholder seg når konflikter oppstår: På hvilke måter er denne etiske posisjon veiledende for handling? Svar på dette kan knyttes til Løgstrups tale om bundethet til normen, samtidig som en ønsker å hjelpe den andre. Studien gir et godt eksempel på det som kan kalles *”ikke å gjøre ende på den andre”* eller det å søke en *”distanse til normen”*. Som i eksemplet med pasienten som røkte på rommet, kan en si at sykepleier faglig sett har rett i at pasienten fører en usunn livsførsel. Samtidig distanserer hun seg fra denne normen, ved både å vise til inkonsistens i eget liv (*”vi gjør ikke alltid det som er fornuftig selv heller”*) og samtidig fremholde det viktigste argumentet som objektivt sett ingen kunne se bort ifra (eksplosjonsfaren). Denne måten å forholde seg på tar på alvor den etiske grunnholdning som Løgstrup representerer. Sykepleieren utviser en tilforlatelig innstilling til andres liv og er som *”den barmhjertige samaritan”* opptatt av den konkrete handling som synes nødvendig i situasjonen, uten å etterspørre pasientens personlige motiver eller begrunnelser for å røyke på rommet. Hjelpen er prinsipielt praktisk og ikke normativ. Dette er i tråd med Løgstrups tanker om å skape rom rundt pasienten, uttrykke vilje til kommunikasjon og ikke gjøre pasientens omsorgsbehov til et intimitetsfangenskap.

Derfor er frihet en avgjørende forutsetning for etisk praksis. Frihet har i denne sammenhengen et individuelt perspektiv, mens den vårdande kulturen har et kollektivt, gruppe- og samfunnsperspektiv.

Hvorfor er frihet så viktig i forholdet mellom pasient og den som skal være til hjelp? Og, på hvilke måter har dette med etikk å gjøre?

Løgstrup omtaler frihet som spesielt betydningsfullt i forbindelse med studiens tematikk. Det er blant annet fordi forholdet mellom frihet og tilhørighet viser implikasjoner for det praktisk-konkrete livet:

Dermed kan det sies at hva den enkelte enn måtte si og gjøre ut ifra sin egen innsikt i hva som er det beste for den andre, så har han likevel ingen rett til å prøve å gjøre seg til herre over hvordan den andre reagerer på det. En skal ikke forsøke å bestemme hva den andre vil gjøre med ens ord og handlinger. Ingen grad av velmenthet gir noe rett til det. Viljen til å forstå hva som er best for den andre, og å uttale seg, tie og handle ut fra denne forståelsen, må være koplet til viljen til å la den andre være herre i sin egen verden. Fordringen om å ta vare på det av den andres liv som er prisgitt en – uansett hvilke ord og handlinger den måtte føre til – er alltid samtidig en fordring om å være uendelig tålmodig med den andre og gjøre sitt til at hans verden blir så rommelig som mulig. Fordringen er alltid på samme tid en fordring om å bruke den prisgittheten den springer ut ifra til å sprengte den andres innestenghet og la blikket hans kjenne en videre horisont. (Løgstrup, 1999, 48.)

Sitatet beskriver aspekter av den friheten som formidler omsorg og ivaretar menneskelig verdighet, også i en avhengig situasjon. Fra mange andre relasjoner kjenner vi dette igjen. For relasjonen mellom pasient og sykepleier bidrar også yrkesetiske retningslinjer som sier at for eksempel pasientens selvbestemmelsesrett og autonomi skal ivaretas. Også hjelperens verdier velgjørenhet og ikke-skade prinsippet vil sikre pasientens rett, selv om dette også innebærer dilemmaet for den som skal hjelpe: Hvor langt rekker hjelperens velgjørenhet i møte med pasientens autonomi?

Det er også en utfordring knyttet til plikten om å hjelpe den som trenger hjelp, samtidig som *måten* det gjøres på, er avgjørende for om hjelpen blir etisk forsvarlig. For det er ikke bare hjelperens gode intensjoner som er avgjørende for om hjelpen blir god. Løgstrup fokuserer på fordringens innhold: Hvordan kan hjelpen som gis, bidra til at pasientens egne muligheter (ressurser) erkjennes av ham selv? Hjelperens bidrag er å styrke en slik erkjennelsesprosess hos pasienten. En slik holdning må inngå i hjelperens intensjon. Det etiske grunnlag i denne studien begrunner et slikt hjelpemandat.

Det er en nøye sammenheng mellom hvordan ansvarlighet skal utøves og den andres frihet. Vi er bundet til hverandre, samtidig som denne bundetheten forutsetter frihet. Dette er et paradoks, men ingen motsetning, fordi de to forutsetter hverandre gjensidig. På hvilke måter gjør de det?

Ut ifra det foregående synes det å være slik at det er fordringen om å ta vare på den andre i hans/hennes streven etter å realisere sitt potensial, som begrunner hans/hennes frihet. Det er dette hjelperen må ta hensyn til. Ivaretagelsen av en slik fordring kan likevel ikke skje passivt, avventende pasientens instruksjon. På hvilke måter dette kan skje, avhenger av hjelperens hjelpemandat: *"Ansvaret for den andre kan aldri gå ut på å overta hans eget ansvar,"* sier Løgstrup (1999, 50). I dette synliggjøres hvordan studiens etiske grunnlag (den etiske fordring) står i nær forbindelse med fordringens innhold: ivaretagelse av menneskets frihet. Når så nestekjærligheten er fordringens innhold (ibid., 170), samtidig som vi er i forpliktende relasjoner til andre, blir det avgjørende viktig hvordan den som hjelper, forholder seg:

Det andre menneske løper en risiko ved at en del av dets liv beror på en. Og fordi vårt liv er et liv i tiden, er den enkeltes svik uopprettelig når han i stedet utnytter avhengigheten. Bare kjærligheten kan gjøre seg noe håp om å oppfange den risikoen. (Ibid., 170.)

Ut ifra dette blir frihet en side ved kjærligheten, fordi kjærligheten må *"ytte seg i romslighet"*, sier Løgstrup (ibid., 58), gjennom å sette den andre i frihet. Ellers gjør en intimiteten til et fangenskap. Denne "intimiteten" er knyttet til personlige, fortrolige relasjoner, preget av tillit, som eksempelvis "hjelpeløse" pasienter er helt avhengig av.

Ut ifra dette blir frihet et relevant begrep av stor etisk betydning. Etikkk er praktisk i sin natur: Å legge til rette for den andres frihet, er å være solidarisk med hans livsprosjekt. Dette kommer til syne i sykepleieres handlinger i det empiriske materiale som er gjort rede for.

Frihet inngår som en grunnleggende forutsetning for omsorg. Men fordi frihet må erfares, må det bygges omsorgsfelleskap som finner ulike måter å uttrykke frihetsverdien på. På denne måten blir omsorgsfelleskap (eng.: *caring communities*) en forutsetning for god omsorg om den har styrke og bæreevne nok til å møte trykket fra *"hotet från icke-varat"* (Tillich 1977) Frihet er en forutsetning for å kunne utøve omsorg for pasienten i møtet med de eksistensielle fordringer.

Våre liv utspiller seg i spennet mellom det individuelle og det kollektive. Vi fødes til verden etter et intimt forhold til vår mor. Vi overlever ikke de første månedene etter fødselen, om vi ikke har en tett tilknytning til en omsorgsperson. Vi klarer etter hvert å stå på egne ben og leve "uavhengige", men er i en annen forstand fortsatt avhengige. *"Vi er hverandres verden*

og *hverandres skjebne*,” sier Løgstrup (1999, 37) og vi kan aldri komme lenger på selvstendiggjøringens vei, enn å finne en god balanse mellom individualitet/autonomi og fellesskap/solidaritet.

Dette oppfattes for de fleste som et vedvarende dilemma, ikke nødvendigvis som en konflikt, men som poler som må balanseres. I min hovedoppgave (Karterud, 1990) ble miljøets betydning for selvaktelse og identitet trukket fram. Å *”søke miljø for positiv tilbakemelding”* (ibid., 41) synes å være av stor betydning: *”Even holy men who withdraw for years of spiritual development, come back into the fold of society to earn recongnition for their powers”* (Becker, 1971, 70, her Karterud, 1990, 42). Det synes å være slik at et miljø hele tiden må *”pleies”* gjennom en stadig operasjonalisering og anskueliggjøring av verdier. Hvorvidt dette skjer eller hvorfor det eventuelt ikke skjer, har å gjøre med det *”ondes problem”*, i ytterste konsekvens. Her skal kun konstateres at det er en kamp mellom det gode og onde, i, rundt og mellom mennesker. En strategi for å håndtere det, er å skaffe seg kunnskap om hva som gir grobunn for gode, positive og byggende krefter.

Individer lever i fellesskap. Når disse karakteriseres med positive kjennetegn, skjer positive forsterkninger, og mennesker gjør positive erfaringer. De fleste ønsker å være en del av slike miljø. Det er et tegn på at vi ønsker det gode og søker miljø som gir den enkelte positive insitament og støtte:

Den vårdande akten som är etisk till sin natur uttrycker vårdandets innersta väsen och återskapar grundmotivet, dvs. caritas, där kärlek, ansvar och barmhärtighet ständigt återskapas och finns gestaltad i den vårdande kulturen, i den vårdande relationen, samt i varje vårdaktivitet som strävar till att förverkliga någon vårdhandling. (Eriksson & Lindström, 2003, 11.)

En positiv forsterkning kan eksemplifiseres gjennom Lindholms (1998) forskning, der ungdommers helse og lidelse blir drøftet. Lindholm skriver: *”När den unga blir bekräftad i sitt innersta begär efter liv, bavaras visionerna, där de livsbejakande styrkorna finns”* (ibid., 102). Om tendensen til konformitet brukes negativt, kan det bli fatalt for dem som utsettes for det. Et eksempel er felleskapets motpol ensomheten. Den søker de fleste å unngå, om det er mulig. I en psykiatrisk kontekst er det mange forhold som spiller inn, men eksempler derfra kan like fullt være nyttige for å vise alvoret i det ansvaret som ligger i hvordan vi opptrer, også som kollektiv. Mobbing er et uttrykk for å bli støtt ut fra felleskapet. Nilssons (2004)

avhandling tar utgangspunkt i en psykiatrisk kontekst og drøfter ensomhetens mange fasetter. I et avsnitt derfra reflekterer hun over en av sine informanters livsskjebne:

Kan en tolkning være at mobbingen fra arbeidskameratene var den avvisning, den krenkelse, den utstøtning som muliggjorde den hallusinatoriske forlatthet i den mennesketomme by, og hvor selvmord var eneste utvei? (Nilsson, 2004, 122.)

Hvordan en skal bevare sin mentale helse, kan en ikke alltid vite, men ”klinisk erfaring har vist at jo mer truende en belastning er for selvfølelsen, jo sterkere psykiske reaksjoner synes den å medføre” (Axelsen, 1997, 54, her Nilsson, 2004, 122). Her var det informantens liv som sto på spill. Det kunne kanskje vært annerledes for ham om vårdandets etos i større grad hadde vært en del av hans liv?

Dette kapitlet har gitt viktige momenter fra den etiske fordring, som ifølge Løgstrup søker å beskytte og fremme menneskets frihet og fellesskap som grunnleggende for et menneskeverdig liv. Den etiske fordrings oppgave vil da også kunne bli å måtte være oppmerksom på hvordan en skal håndtere dilemmaet mellom å fremme menneskets frihet på den ene siden og fellesskapet på den andre. Det kan synes som om dette er to forenende motsetninger.

Dette er et bidrag til å besvare forskningsspørsmål B: Fordringene knytter seg til frihet og fellesskap som slik må ivaretas. Da ”frigjøres” også de eksistensielle spørsmål, fordi pasienten erfarer en forvissning om at disse spørsmålene blir møtt og ivaretatt.

8 Etikkens vilkår i møtet med pasientens eksistensielle fordringer – i lys av studiens empiriske del og de etiske kjernebegrepene mot, offer og ansvar

Studien har vært opptatt av på hvilke måter grunnleggende verdier kommer til uttrykk og ivaretas i en yrkeskontekst, for å se hvordan det kan bidra til en utdypende forståelse for den caritative etikkens vilkår og forutsetninger når pasientens fordringer er av eksistensiell art.

Begrepet mot begrunner i denne studien de eksistensielle spørsmål. Motet har derfor også en viktig funksjon for å realisere den caritative etikken. Mot er en etisk realitet, skriver Tillich (1977). Etikkens evidens styrkes gjennom et møte (konfrontasjon) mellom livet og eksistensielle spørsmål, fordi denne konfrontasjonen gir muligheter for internalisering av verdier som sikrer den caritative etikken. Dette er en forutsetning for å kunne forbli etisk. Det er denne kunnskapen som gjør at noe skjer, eller at handlinger blir moralske.¹⁰⁴ Slik kunnskap synliggjøres i denne studien i forbindelse med sykepleiens yrkeskontekst.

'Offer' er i studien tatt opp som en del av det teoretiske grunnlaget for utforskningen av studiens problemstilling. Men det er ikke et begrep som benyttes i yrkeshverdagen. Kan dette begrepet ha i seg et innhold som åpner mulighetene for at nestekjærlige og barmhjertige handlinger kan skje?

¹⁰⁴ Samtidig er det, i lys av Aristoteles' utsagn under, en spenning knyttet til hvordan verdier oppstår, vedlikeholdes og kommer ifra, idet han skriver "... *the moral virtues we do acquire by first exercising them*" (Feinberg, 1981, 421), og relasjonen til en allmenn forutsetning mennesket har til å handle godt (jf. Løgstrup og livsytringene). Denne studien fokuserer, uansett hvor det gode kommer ifra eller begrunnes, på det som i situasjonen fremmer det gode, enten det er knyttet til personen som handler og/eller omstendigheter (konteksten) den moralske aktør befinner seg i. Det antas likevel at det gode må pleies gjennom en stadig påminning om dets forutsetninger og egenskaper (substans), slik at denne kunnskapen ikke forvitrer eller vi glemmer hvordan vi kan være snille (gode) mot hverandre (jf. Nortvedts (1997) tittel på en artikkel: "Vi skaper ikke verdiene, men holder dem oppe".) Det er mulig vi holder verdier oppe ved å "trene", gjennom å gjøre det gode (*by exercising them*), samtidig som menneskets grunnvilkår også rommer det gode/det godes mulighet (som en menneskelig/human disposisjon), som et grunnleggende kjennetegn ved det menneskelige liv (som livsytringene er et uttrykk for). Livsytringene har heller ingen hensikt om de ikke leves ut i det konkrete livet.

Når sykepleiere ikke gir noen beskrivelser av at de "kjenner på kroppen" et offer ved å være sykepleier, så kan en spørre om den "omkostningen" det er å skulle forholde seg til andres lidelser, "skjermes" gjennom det kollegiale fellesskapet. En kunne kanskje si at den personlige omkostningen uteblir, fordi fellesskapet beskytter den enkelte fra å måtte gjøre personlige "offer". Dette er ikke urimelig, tatt i betraktning beskrivelsene av livets yttergrenser som påminner om eksistensiell problematikk, som tanken om vår egen død. Dette er et perspektiv som jeg vil komme tilbake til og diskutere senere i studien, blant annet i lys av Utraiens (2004) artikkel.¹⁰⁵

Det teoretiske tilfanget som er gjort rede for, peker på et dilemma mellom å ta hensyn til pasientens behov for hjelp og eget behov for å slippe ubehag.¹⁰⁶ Det gjelder sikkert for sykepleiere også. I arbeidskollektivet "kamoufleres" dette dilemma, fordi en møter det som er vanskelig, sammen med andre. En slipper å stilles personlig til ansvar, og kan leve i en praktisk konsekvens av "en for alle, alle for en"-situasjon. Derfor erfares ingen personlig "oppofrelse". Når en får ut de positive konsekvenser av kollegafellesskapet, styrkes fellesskapets etiske potensial og kapasitet i møte med pasienters livslidelser. En har klart å etablere en "vinn-vinn"-situasjon, som øker det kollektive potensial – etisk sett.

På det individuelle plan må en bli berørt for å bli engasjert. Da først kan en handle konstruktivt. Men en kan også velge å snu seg bort, fordi en ikke klarer å ta konsekvensen av å bli berørt på annen måte enn å trekke seg ut av situasjonen eller relasjonen. På denne måten kan en si at emosjoner berører og begrunner handlinger. Trekker en seg bort, skjer ingen positive konsekvenser for pasienten.

Slik er det et problem om pasientens eksistensielle nød bare kunne bli lindret dersom en ble berørt. Det ville i så fall utelukke involvering i situasjoner som ikke berører eller "fenger" oss, men som kan være viktige for pasienten. Et personlig engasjement er med andre ord ikke tilstrekkelig for å sikre pasienten rettmessig hjelp. Det kan hjelpe om en har bearbeidet egne

¹⁰⁵ Det er en digresjon at disse refleksjonene ble gjort i god tid før jeg ble kjent med Utraiens artikkel. Slik sett bekrefter denne mitt eget inntrykk gjennom møtet med postens sykepleiere. Utraiens perspektiv utdyper sentrale perspektiv om hvilken lidelse det er å vandre i dette landskapet, for den som er syk, men kanskje like mye (om på en annen måte) for de nære pårørende. Dette vil jeg vende tilbake til.

¹⁰⁶ Det er neppe "lystbetont" å møte andres lidelse – trolig unngår vi det, om vi kan.

emosjoner eller klart å se bort fra dem i visse sammenhenger. Om en gjøres oppmerksom på unnlatelser i situasjoner som burde fått hjelperens oppmerksomhet, ville det også bidra til at pasienten får hjelp. Egen evne til berørthet er altså ikke tilstrekkelig som eneste begrunnelse for et profesjonelt ansvar. På det individuelle plan kan det avkreves et personlig offer når en må sette noe av sitt personlige, emosjonelle og motivasjonelle ”jeg” til side og handle, på tross av manglende følelser (motivasjon) for å hjelpe pasienten. Dermed kan en si at berørthet i én forstand kan fordre en forsakelse fra den som skal hjelpe.¹⁰⁷

Offer kan være en betingelse for å kunne bli ansvarlig og handlende. Det kan bli en ”metafysisk” barriere, som er en svært personlig sak, fordi den utfordrer oss individuelt. Barrieren knytter seg til hjelperens person, der en må ”ofre” seg med hensyn til det å være subjekt. Det kan være å se bort fra egne følelser; det er ikke følelsene som skal legitimere hjelpen som gis. En annen mulighet finnes: at hjelpen gis på bakgrunn av den andres objektive menneskelighet og hjelpebehov. Da får menneskesynet en praktisk konsekvens, der det er menneskets objektive verd som begrunner hjelpen som gis,¹⁰⁸ og ikke hvorvidt en til enhver tid er emosjonelt motivert for å hjelpe.

Det teoretiske grunnlaget beskriver gaveaspektet ved offerbegrepet. Perioden på avdelingen viste at det aspektet *var* en tilstedeværende verdi. Uten at jeg gransket intensjoner eller motiver for det sykepleierne gjorde, kom det fram et ønske om å være til for pasientene og *gi* dem det beste gjennom en krevende sykdom og behandlingsperiode. Det fikk uttrykk på ulike måter som en ”*livgivande gest*” (jf. Helin, 2001, 46).

Pasienter bekreftet dette ved å gi konkrete takkegaver.

En annen dimensjon ved offerbegrepet er forsoning. I min observasjonsperiode var det vanskelig å se ”offer som forsoning” – eller empiriske tegn på noe slikt. Det ble heller ikke

¹⁰⁷ En kan kanskje si at om en var konsistent i sin livsførsel, i tråd med ideelle verdier, ville disse dilemmaer ikke oppstå og uetiske handlinger ikke skje. Dette handler tematisk om hva som gjør at presten og levitten i Bibelens fortelling om den barmhjertige samaritan, gikk forbi og ikke hjalp.

¹⁰⁸ Dette er interessant når det gjelder humanitært engasjement, som åpenbart påvirkes av nærhet eller avstand til nøden. Dette er vi blitt minnet på, f.eks. i forbindelse med flodbølgen som rammet Asia 2. juledag 2004. Heldigvis berøres vi og handler. Det er likevel interessant å spørre om hvorfor vi ikke alltid handler når mennesker lider. Eller, hva er det som gjør at vi har sterke positive affeksjoner for noen og ikke alle?

tatt opp med informantene.¹⁰⁹ Men jeg er overbevist om at det skjer jevnlig. Pasienter gjør kvantesprang i innsikt, som har stor betydning for deres liv. De gjør valg som kan forstås i lys av dype innsiktsgivende prosesser mot en ny eller endret erkjennelse av egen livssituasjon.¹¹⁰ Dette kan være en forsoningsprosess, som mange pasienter må gå igjennom, om de skal bli i stand til å erfare en lindring av sin lidelse. Trolig har det sammenheng med at en må orientere seg annerledes når livet blir snudd på hodet og planer for livet endres radikalt.

Den teoretiske forståelsen av ansvar og det å være ansvarlig, har i denne studien et individuelt utgangspunkt. Studiens empiri har imidlertid vist et kollektivistisk perspektiv i og med vektleggingen av fellesskapets betydning for å kunne fremtre etisk ansvarlig. På hvilke måter kan en forstå det å være ansvarlig eller det å ha ansvar i forholdet mellom det individuelle og kollektive? Som nevnt i det foregående kan en tenke at dette er uproblematisk inntil etikken krever individuelle initiativ. Under gunstige forhold, der den enkelte beskyttes og der det er konsensus om gruppens verdinormer, utfordres ikke enkeltpersoner. På denne måten fungerer konforme forventninger på en god måte. Ut ifra dette kan en forstå konformisme (= ”negativ komformitet”) som ansvarlighetens motpol.

Det teoretiske perspektivet berører i noen grad forholdet mellom den enkelte person og ulike miljøfaktorer. Studiens overordnede begrunnelse for moralsk handling er knyttet til enkeltpersoner som velger å forholde seg på en spesiell måte, og ”... *critically or uncritically, to protect and perpetuate that legacy*” (Moody-Adams, 1998, 293). Denne åpenhetens forutsetning er både en premiss og en konsekvens for etisk handling, fordi beslutningene en foretar, forutsettes å bli gjort av fri vilje. I dette gjenkjennes Løgstrups forankring av viljen og frihetens betydning. Dette utelukker ikke uenighet, men forutsetter likevel at en sikrer en felles praksis på grunnlag av verdivalg, som hele tiden må verifiseres gjennom konkrete handlinger og væremåter. I en klinisk sammenheng må dette komme til syne i en sammenheng mellom ”liv og lære”. Trolig er pasientene oppmerksomme på denne sammenhengen, og de er interessert i om hjelperen er troverdig i sitt ønske om å være til hjelp.

¹⁰⁹ På den annen side kunne det være interessant å gå videre med spørsmål som: Hva innebærer det å bli forsonet? Hvordan kan dette fremmes i vården? Hvilken betydning har det for pasienten?

¹¹⁰ Tema av denne art knyttet til helse og lidelse, studeres i Sæterens (2006) avhandling.

På denne måten bekrefter studien en sammenheng mellom det personen fremmer av kollektive verdier og verdier enkeltpersoner har. Det sier noe om at *kultur* ikke er noe mystisk som skjer eller som en fornemmer, uavhengig av enkeltpersoners handlinger og væremåter: "... *cultures persist only because individual persons capable of responsible action persist* (Moody-Adams, 1994, 292).

Hva "aktiverer" verdier som fremmer denne caritative etikken i kulturer som skal ivareta vårdande? I lys av dette spørsmålet har offerbegrepet noe viktig å si. Offer beskrives som en internalisert struktur hvor "... *love, responsibility and sacrifice are interwoven and constitute an integrated ethos, a basis of values for the ethical choices and the activity of the carer*" (Helin, 2003, 403). Offer gir med andre ord et grunnlag for og har en viktig funksjon for etisk handling.

I et av intervjuene kommer solidaritet med pasienten til uttrykk, på tross av at pasienten har gjort ukloke valg. Viser her en grunnleggende solidaritet med et annet menneske, på tross av handlinger som vi enten ikke forstår, liker eller kanskje forakter? Kanskje solidaritet innebærer en (an)erkjennelse av det paradoksale i at mennesker ikke alltid gjør som det sier, ønsker eller burde?

Om mulig kan en knytte offerbegrepet til den fastlåste situasjonen informantene fortalte om (se over). Trolig finner informantene en måte å fremme "... *en bekräftelse på den andres heder och värdighet*" (jf. Helin, 2001, 46), som en *gavehandling*, fordi pasienten ikke ventet noe fra personalets side i en situasjon der hun sikkert så på sin egen røyking som klanderverdig. Er det slik å forstå at sykepleieren her gir en "gave", fordi hun ved sin pragmatiske væremåte bekrefter pasientens verdighet, på tross av de inkonsistente handlingene?

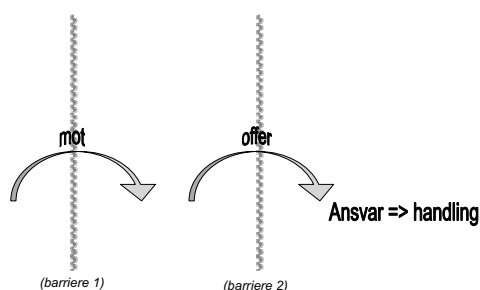
I tilknytning til denne situasjonen er derfor forsoningens dimensjon aktuell. Sykepleierens tilnærming til pasientens liv skaper mulighet for en ny start. Forsoning handler om nåde, enighet, å forlike seg med eller forlatelse, skriver Helin (2001).

Offer har antakelig, som jeg har redegjort for i denne studien, en funksjon tilsvarende den katalysatoren har i en kjemisk reaksjon. I denne sammenhengen synes "offer" å være en forutsetning for at det gode skal kunne skje. Det gir ny start og muligheter en for bedre relasjon mellom pasienten og avdelingen.

Antakelig gjør en uegennyttig væremåte at pasienten oppfatter hjelperen som troverdig i å ville den andres beste, fordi pasienten gis plass og rom. Helin (2001) skriver: "*När den kärleksfulla människan gör sig till redskap för det goda drar hon sig själv ut ur synfältet*" (ibid., 51). Når sykepleieren legger til rette for gode løsninger for pasienten, oppfattes det ikke slik før sykepleier (eller andre helpere) har "trukket seg selv i bakgrunnen". Å hjelpe handler ikke om den som hjelper, men om den som skal hjelpes. Dette må vises i praksis.

Det empiriske materialet synliggjør evidente erfaringer ved fenomenet offer. Offer utvises og er betydningsfullt for relasjonen pasient og sykepleier, noe som vises i det ovenstående.

Avslutningsvis skal jeg peke på noe som synes å være sammenhenger mellom begrepene mot, ansvar og offer.



Figur 4: Sammenhengen mellom mot, offer og ansvar

Figur 4 indikerer prosessen fra den eksistensielle fordring kommer til uttrykk, til handlingen som svarer på denne fordringen. Det skjer ingen handling før ansvaret er identifisert som hjelperens personlige (ev. faglige) ansvar. For at det skal kunne skje, har hjelperen forholdt seg modig til spørsmål knyttet til fordringen som her er av eksistensiell art. Det er første barriere som må overvinnes. Den andre barrieren er at hans personlige liv i dette settes til side for den andres beste. Den kan representere en ny barriere som må overvinnes (slik det er redegjort for over). Det å ta ansvar blir da en konsekvens og muliggjøres gjennom denne prosessen.

På denne måten kan en forstå sammenhengen mellom den eksistensielle fordring, mot, offer og ansvar. Slik besvarer studien forskningsspørsmål A, som var å utforske disse begrepene implikasjoner for fordringer som er av eksistensiell art.

Motet er tidligere redegjort for, som det som starter bevegelsen. Hvis ikke motet kan mobiliseres i møtet med den eksistensielle trusselen, skjer ingenting. Forhold som bidrar til å forstå motets vilkår og utfordringer, er grundig redegjort for. Offerets innholdsmessige betydning er utdypet, mens ansvaret i denne sammenhengen synes å forutsette en moralsk mobilisering som overkommer dehumanisering som eksempelvis akkumulering av skam er uttrykk for. Hvis ikke mot, offer og anser kommer til uttrykk skjer, skjer en forvitring av en moralsk frimodighet. Moralsk frimodighet er nødvendig for å kjempe de positive verdiers sak. I denne studien har det blitt formulert som ”antakelser om etiske implikasjoner i møte med pasientens eksistensielle fordringer – i lys av studiens teoretiske del” (kapittel 7.4.4), der livsytringene er løftet fram som den caritative etikkens kjennetegn og mulighet.

9 Antakelser om den caritative etikken i lys av det vårdvitenskapelige grunnlaget

På bakgrunn av det som til nå har fremkommet i studien, skal jeg i fortsettelsen drøfte på hvilke måter vi kan spore innsikter om den caritative etikkens vilkår når eksistensielle fordringer kommer til uttrykk i et vårdvitenskapelig perspektiv.

Studiens teoretiske og empiriske materiale har beskrevet delresultat. Disse resultat er på ulike abstraksjonsnivå, og kan på ulike måter sies å forutsette hverandre. Fordi disse i seg selv representerer omfattende tema, vil bare noen sammenhenger kunne tas med i dette kapitlet. Her følger en sammenstilling av resultat fra studien så langt:

1. Resultat i lys av studiens teoretiske del	2. Resultat fra hermeneutisk observasjon	3. Resultat fra de hermeneutiske samtalerne
Det er nøye sammenheng mellom person og hva som er etisk betydningsfullt: Hvilke etiske internaliserte verdier en person har, bestemmer hva han eller hun anser som viktige etiske spørsmål. Etiske vurderinger kan påvirkes gjennom innsiktsgivende prosesser (læring) og gjennom personens natur som motsetningsrik eller motsetningsfattig.	Sykepleiere har et ønske om å lindre pasientens lidelse knyttet til sykdom og behandling. Dette innbefatter en grunnleggende medfølelse holdning som et implisitt anliggende for sykepleiere som utøvere av sykepleie. Det representerer også en viktig del av deres fagforståelse, som kommer til uttrykk gjennom deres praksis.	
Det er et dilemma for den etiske beslutning å kunne ta opp i seg det motsetningsfylte i situasjonen, samtidig som å kunne ta det motsetningsfylte opp i seg er en forutsetning for (1) å se etiske dilemmaer, (2) ha vilje og mot til å mobilisere engasjement til beste for pasienten og (3) handle etisk til beste for den andre, selv om det er ubehagelig for en selv.	Høy etiske standard i pleiekulturen betinges av et minimum enkeltpersoner som er i stand til å realisere grunnleggende etiske verdier i marginale situasjoner som særlig aktualiserer pasientens eksistensielle spørsmål. Enkeltpersoners måte å møte pasienter på i marginale situasjoner, kan innebære en overskridelse av pasienters eksistensielle barrierer.	Sykepleieres mot må mobiliseres for å kunne overstige terskelen inn til pasientens eksistensielle "dagsorden". En må "overvinne" eget ubehag, egen frykt og egen usikkerhet om ikke å kunne gi gode svar, eller der "rett svar" ikke er gitt på forhånd. Erfaring fra liknende situasjoner bidrar til at sykepleiere i større grad våger å gå inn i vanskelige situasjoner.
Hvorvidt etiske spørsmål blir tatt på alvor, er betinget av at disse blir oppfattet som en etisk fordring .	En pleiekultur som ivaretar og styrker dem som inngår i kulturen, bidrar til at pleierne kan holde ut de vanskelige situasjonene.	De eksistensielle tema har en spesiell karakter som påkaller en annen type oppmerksomhet og varhet, enn de konkrete fysiske behov. Eksistensielle tema kan derfor overses, fordi de er ubehagelige og ikke på samme måte er knyttet til yrkesrollen som praktiske arbeidsoppgaver er.

Konformitet er ansvarlighetens motpol, fordi en ansvarlig handling prioriterer den andres beste, i nåtid og fremtid, når det er situasjonens etiske fordring.		Felleskapet mellom sykepleierne bidrar til å skjerme sykepleierne fra vanskelige situasjoner, og utholde dem når det er nødvendig. Samtidig er de etiske anliggender betinget av at det finnes (noen) sykepleiere som påtar seg situasjonens fordring og er tilgjengelig for pasienten.
Offer er etikkens katalysator, fordi det overvinner egen frykt for pasientens eksistensielle tematikk og sikrer hjelp til den hjelpetrengende. Det er fordi pasienten er blitt hjelperens anliggende (ansvar) og har dennes sårbarhet og lidelse som utgangspunkt. Holdningen til pasienten er preget av forsonende innstilling, og hjelpen som gis, er ubetinget, uegennyttig, basert på barmhjertighet og nestekjærighet.		
Ikke å velge det gode (beste), bidrar til forvitring av relasjoners moralske grunnlag og gjennom det til akkumulering av skyld. Forsoning (offer) forløser skyld og er en forutsetning for at hjelp kan bli gitt på best mulig måte og at det er anledning for å gjøre det (frihet). På denne måten kan livsytringene forstås som den caritative etikkens kjennetegn og mulighet.		Frihet (frårom for pasienten) er en forutsetning for å bli møtt på eksistensielle spørsmål, fordi det er en forutsetning for og skaper forventning om å bli møtt som den personen han er. Da lindres hans lidelse.
		Tillit forutsetter instrumentelle (praktiske) ferdigheter knyttet til yrkesrollen slik den er definert på stedet en arbeider. Det synes å være en pragmatisk, ikke-prinsipiell begrunnelse for sykepleiens fagansvar. Ansaret defineres omfattende (vidt) eller mer begrenset, avhengig av kontekst, mot og personlig fagsyn.

Tabell 1: Sammenstilling av resultat fra teoretisk og empirisk del

Disse resultat kan ha underliggende innsikter om sammenhenger og forhold som kan gi fordypende innsikter. Særlig to forhold synes på ulike måter å være denne studiens essens: frihet (*freedom*) og omsorgsfelleskap (*caring communion*).

Det skal sies at dette ikke er ”nye” fenomen. Studien er likevel et bidrag til det å knytte sammen tidløs innsikt om disse fenomenene og vise dem som vilkår for den caritative etikken når den diskuterer spørsmål av eksistensiell art. Studien søker innsikter om etiske fordringer i

vårdandet. Dette er en utfordrende og krevende kontekst, fordi mye av betydning finnes kun som spor (chiffer), fordi dette utspiller seg i "den virkelige virkeligheten". Denne virkeligheten er tilgjengelig, men ikke umiddelbart sansbar. Studien søker å bidra til at noe mer av denne virkeligheten kan oppfattes som evident, slik at vårdandet kan være "sanningslik och skön".

Kunnskap av ikke-fysisk art knyttet til menings spørsmål, gir ofte nye innsikter gjennom egne erfaringer. Andres erfaring har trolig mindre betydning. På tross av dette er det vitenskapens mål "att objektiviera erfarenheten och därmed eliminera dess historia" (Gadamer, 1997, 155). I denne sammenhengen ligger det i forskningens interesse å se nærmere på de allmenne implikasjoner av denne studien og fremsette antakelser eller hypoteser om den caritative etikkens vilkår i møte med eksistensielle spørsmål.

I denne studien gjenkjennes frihet/frigjøring som noe grunnleggende for alt menneskelig liv. Dette er inngående redegjort for i litteraturen. I så måte er May (1995) en viktig kilde, fordi May her synliggjør hvordan frihet skal forstås som et ontologisk begrep – et grunnvilkår for menneskelig liv.

Tillich (1963) er opptatt av frihet som en grunnleggende motivasjonsfaktor for mennesket. Det har relevans for etikken – fordi det begrunner en væremåte overfor mennesker som ikke får til å etterleve det de "burde" eller ville:

The command to be good does not make us good. [...] Let us consider this answer in several realms of experience. Most contemporary is the psychotherapeutic discovery that the least effective way of treating a person under a destructive compulsion-alcoholism, for example, is to direct him in terms of a moral command, "Don't drink any more!" No psychoanalyst worthy of his profession would commit this destructive error. The law, as stated by the analyst, would produce a tremendous resistance in the patient, and justly so. The patient would withdraw to his freedom to contradict himself, even though he might then destroy himself. The patient, in this action, defends a decisive element in human freedom. Psychoanalysts who (according to the latest fashion) begin to moralize to their patients, however cautiously, should remember that it is precisely the pathological loss of power to respond to moral commands that makes these persons patients. (Ibid., 50.)

Menneskers verdighet må alltid understøttes, uansett årsak til hjelpebehov.¹¹¹ Ikke minst blir pasienter sårbare om det er deres moralske styrke (vilje) de opplever som sin grunnleggende utfordring. I slike situasjoner blir en sårbar for andres ”moralisme”. Erfaringsmessig er dette gjenkjennelig¹¹², og er aktuelt for alle relasjoner. Jo mer intime, jo vanskeligere er det ikke å være invaderende, og jo vanskeligere er det å balansere forholdet mellom nærhet og avstand: Menneskets frihet er trolig et av det mest grunnleggende fenomen, som konstituerer relasjoner og en grunnleggende humanitet. Det gjelder alle forhold mennesket inngår i. Særlig er pasienter utsatte, fordi de (i en forstand) er definert som avhengige. Det er ut ifra en slik forståelse naturlig at Eriksson (1990) skriver at det er godt og rett å kunne bli hjulpet uten selv først å måtte fortelle om hva en trenger hjelp til.

Dette berører vårdvitenskapens dypeste anliggende: hvordan lindre pasientens lidelse. Lindringsmuligheten er knyttet til caritas, fordi ”*bare kjærligheten kan gi lidelsen mening*” (Eriksson, 1999, 41).

Dette står i motsetning til en annen strategi som gjenkjennes og som er direkte uterapeutisk:

Most analysts are still conscious of this, preserving one of the deepest insights of psychotherapy, namely, that the law cannot break compulsions, that the "thou shalt" does not liberate. Instead of encountering the law, the patients encounters acceptance on the part of the effective analyst. He is accepted in the state in which he is, and he is not told to change his state before becoming acceptable. (Tillich, 1963, 50.)

Mennesket søker frihet. Menneskets frihet er grunnleggende for et verdig liv. Vårdvitenskapen knytter frihet til menneskets verdighet (jf. Edlund, 2002). Det innebærer blant annet å kunne fatte beslutninger om eget liv, noe som gjelder like mye den dagen en blir avhengig av andres hjelp.

¹¹¹ Studien refererer til en kvinnelig kreftpasient (jf. kapittel 7.4.3) som trolig kjente på skyld, siden hun stilte spørsmålet ”hvorfør ble jeg syk”? Det er ikke usannsynlig at sykdom, enten det er tydelige tegn på at sykdommen/tilstanden er selvforskyldt, eller årsakene ikke kan knyttes til egen atferd, likevel utfordrer det personlige ansvar og utløser undring om personlig skyld.

¹¹² Avhandlingsarbeidet har for meg reist spørsmål knyttet til det å være hjelpeløs. Vet vi nok om hva det er å være avhengig og hjelpeløs? Hva er god avhengighet; hva skal til for at hjelpen blir god og ikke krenkende? Spørsmålene er påvirket av Løgstrups livsytringer, om hvordan ivareta pasientenes fordringer på den beste måten.

Kapittel 7.4.3 beskriver eksempler på å kunne være ”fri” og kunne foreta valg i en ufri situasjon. Et konkret eksempel er der pasienten, nesten metaforisk la håndkleet over ansiktet, som et tegn på å ville gjøre egne valg (for ”*det er min venn*”). Illustrerer dette en ”*virkelig virkelighet*”? Er hennes handlemåte å betrakte som et eksistensielt uttrykk (chiffer) for ivaretagelse av egen frihet? Gjør hun det for sin egen verdighets skyld? En slik tolkning forutsetter en forståelse i tråd med Gadammers (1989):

The great personalities of history are only one element in the forward progress of the moral world, which is as a whole and in every detail a world of freedom. (Ibid., 214–215.)

Når denne friheten ivaretas, oppfatter pasienten seg grunnleggende akseptert og ivaretatt som menneske. Samtidig, eller som en følge av dette, åpner pasienten opp for de eksistensielle spørsmål og sier: ”*Hvorfor ble jeg syk*”?

God etisk praksis synes også å forutsette etablering av en ”etisk kultur”. Det er mange forhold som er belyst gjennom det teoretiske og empiriske datagrunnlaget, som utdyper vilkår for etablering av fellesskap som kan utøve slik omsorg. I en slik kultur hjelpes mennesket til etiske handlinger, fordi kulturen fremmer omsorgsverdier. En blir ikke overlatt til seg selv i det å finne ut om det som er godt og rett. Alene klarer en mindre enn når en er sammen med andre.

Ofte snakkes det om betydningen av samarbeid, men mange har ikke alltid tatt de praktiske konsekvensene av dette.¹¹³ Det er kanskje fordi en ikke helt vet hva eksistensiell omsorg krever? Finnes det kvaliteter i slike fellesskap av tilsvarende art, som i eksemplet beskrevet i noten, der orkesterklangen endret karakter etter skiftet av dirigent, fordi samhandlingen mellom deltakerne endret seg?

¹¹³ For å utdype dette, vises til en TV-dokumentar om den italienske dirigenten Claudio Abbado, som ble omtalt av musikerne i Berlinerfilharmonien. Å få ham som dirigent, var som å gå fra aristokrati til demokrati. En skulle lytte til hverandres spill, for selv å finne ut av hvordan en skulle spille sammen med andre. Dette medførte en forandring i lydbildet; det ble mer åpent og transparent, og orkesteret fikk samlet sett en større variasjonsevne enn tidligere.

Denne studien synliggjør at viktige etiske verdier står på spill for å ivareta verdiene i den caritative etikken. Fremfor alt synes frihet å være av grunnleggende betydning. Det er viktig å ta hensyn til ulike forutsetninger hos personer og differansiere mellom hvem som møter pasientenes ulike fordringer. Gjennom dette kan en bedre sikre en etisk praksis, ved å la hjelperne gjøre ulike ting, ut ifra visse omsorgsforutsetninger.¹¹⁴

Det kollektive er viktig. Trolig skapes og opprettholdes en etisk ”kultur” av viktige premissgivere. Hvordan sammenhengen er mellom det individuelle og kollektive, er vanskelig å si noe om.¹¹⁵

I situasjoner der svarene ikke er gitt på forhånd, slik det er om pasienter trenger hjelp med eksistensiell tematikk, risikerer vi vårt moralske omdømme enten vi handler eller ikke. Vi vil ikke vil fremstå som vegrende ved ikke å kunne handle. Handler vi, kan vi trå feil. Muligens skjærer vi oss ifra den eksistensielle tematikken og søker mot trivielle gjøremål som kan gi tilstedeværelsen legitimitet, blant annet fordi vi mestrer den. Alternativt kan vi utebli helt. Det kan vi også bli bebreidet for. Dette utdypes i drøftingen av resultatene i lys av studiens teoretiske datagrunnlag, idet en ser muligheten for at sykepleiere akkumulerer skyld over tid, i tilfelle pasientens eksistensielle fordringer ikke imøtekommes.

¹¹⁴ Dette berører spørsmål knyttet til hvordan vi mennesker erfarer tilværelsen, og hvordan vi mestrer og påvirker vårt eget og andres liv. Nortvedt (1996) argumenterer for en empatibasert omsorg. Empatiske følelser er konstituerende for omsorgsrelasjoner. Det har betydning for engasjementet, kanskje fordi følelser har betydning for erkjennelsen av hva som er viktig i slike relasjoner. Følgende sier noe viktig om følelsenes betydning for erkjennelsen: *”Populærpsykologer snakker i tid og evighet om å ’påta seg ansvar’, men det er bare ord: Det er usedvanlig vanskelig, og forferdelig skremmende, å virkelig ha den innsikten at det er du og bare du som bygger opp din egen livsplan. Problemet i en behandlingssituasjon er derfor hvordan man skal komme videre fra en ineffektiv, intellektuell erkjennelse av en sannhet om en selv til en eller annen følelsesopplevelse av den samme sannheten. Først når behandlingen klarer å rekruttere dype følelser, blir den en sterk kraft som kan utvirke forandringer”* (Yalom, 1997, 41). Selv om det her ikke knyttes an til en direkte terapisisituasjon, er likevel slik innsikt av stor helsemessig betydning for pasientene, bl.a. fordi pasienten søker mening i det meningsløse. Det forutsetter at sykepleier klarer å forholde seg til sterke emosjoner, både hos seg selv og hos pasienten, og la innsikten om emosjoners betydning få en positiv betydning for hjelpekunsten, fordi en våger å forholde seg til pasientens dagsorden (som kan være av eksistensiell art).

¹¹⁵ Folkelig talt sier man at ”noe sitter i veggene” – det er mulig det er dette som bestemmer hva som særpreger en kultur, uten at en helt vet hva det konkret innebærer og som betinger denne kulturen. På den andre siden kan det forstås svært konkret, som da avdelingssykepleier ”satte foten ned” (jf. eksemplet om den demente pasienten) og forbød personalet å mobbe den demente pasienten.

Studien beskriver eksistensielle tema som allmenne fenomen, men trolig til stede i ulik grad og på ulike måter hos ulike personer. Det vil være galt å tolke alle utsagn av hverdagskarakter som uttrykk for en eksistensiell fordring. Derfor kan de være vanskelig å se eller kjenne igjen. Denne usikkerheten må en som hjelper leve med.

Samtidig er det viktig å være var for at det kan være slike tema skjult i pasientens hverdagsprat. Om en som hjelper er opptatt av slik tematikk, fornemmer trolig pasienten dette som en type sensibilitet, og som en får en positiv forventning til: Det kunne kanskje være at denne personen vil imøtekomme mine spørsmål! Denne varheten omtalte også en av informantene. Om dette er en holdning som kan erfares i møte med hjelperen, vil trolig pasienten oppfatte ham som interessert og lyttende. Da har denne trolig allerede utvist personlig mot og overvunnet sine egne eksistensielle barrierer. Andre hjelpere vil kunne signalisere det motsatte eller likegyldighet, fordi de frykter pasientens og sin egen eksistensielle ”avgrunn” (eller ”*hotet från icke-varat*”).

Hvordan finne ut om den eksistensielle dagsorden hos menneske? Noen pasienter kan fortelle tydelig hvordan de har det, mens andre ”taler i gåter” eller formidler seg selv bevisst eller ubevisst på måter det er vanskelig å tolke og forstå. I tillegg er det vanskelig å vite hva som er god hjelp for den enkelte.

9.1 Den caritative etikkens kjennetegn (1): Menneskets frihet

Det er to overordnede essenser (resultat) fra denne undersøkelsen. Det første utdypes her, det andre i påfølgende kapittel (9.2).

Frihet er en grunnleggende forutsetning for og egenskap ved livet. Frihet konstituerer livet selv og fremmer menneskelig verdighet (Edlund, 2002). Dermed er det et etisk relevant begrep: ”*Människan är fri, i den mån hon har makt att motsäga sig själv och sin innersta natur. Människan är fri till och med från sin frihet, det vill säga hon kan uppge sin mänsklighet*” (Paul Tillich, her May, 1995, 56). I den ontologiske helsemodellen er begrepet ”frihet” å forstå på vårdande nivå (jf. det ontologiske nivå i helsemodellen) (Eriksson et al., 1995, 10ff).

Det er ulike syn på hva som sterkest påvirker hvordan vi lever våre liv og ikke minst tolker ansvaret og praktiserer det. Forholdet mellom individ og samfunn er i så måte i noen grad berørt i avhandlingen.¹¹⁶ Ut ifra det ovenstående synes det derfor å være en nær og tett sammenheng mellom frihet og den kulturen en er en del av. Mennesker i marginale situasjoner bruker manglende frihet som begrunnelse for at de handlet moralsk klanderverdig. Men det motsatte skjer også. Det finnes personer som etterlever gode idealer på tross av ytre samfunnsforhold og bidrar til opprettholdelse av verdier og dermed til humane samfunn.

Nortvedt (1997) har vært opptatt av hva som gir omsorgen begrunnelse og legitimitet, og argumenterer for at en omsorgskultur bidrar til at verdier ikke forvitrer, fordi et slikt samfunn beskytter og oppmuntrer den enkelte til å holde fast på verdier som bygger en positiv kultur.

Frihetsverdien er også relevant for helse: ”*Friheten er själens hälsa*,” (Anttila, 1995, 105) sier et svensk ordtak. Det har implikasjoner for moral:

Vi måste veta att frihet inte enbart är ett speciellt värde utan källan till och villkoret för de flesta moraliska värden. (Anttila, 1995, 52.)

Det er tre ulike typer av områder som begrepet innbefatter. Det handler frihet som *tilstand*, *karakteregenskaper* og som gjensidighet, en *relasjon* (Anttila, 1995, 107). Som karakteregenskaper beskrives ”*Tvångslöshet, obundenhet, frigjordhet, frimodighet och otvungenhet*” (ibid., 108).

Som en relasjon beskrives frihet med begrep som ”*lov, tillstånd, tillåtelse, rätt(-ighet) och privilegi(um)-er*” (ibid., 108). Litt senere i Anttilas avhandling knyttes begrepet frihet til vårdkonteksten. Her forenes et ontologisk nivå – en beskrivelse av menneske og helse – med et praktisk og konkret nivå:

¹¹⁶ Det er skrevet mye om det som gjorde 2. verdenskrig mulig. Mange vil knytte årsaksforhold til samfunnsforholdene i Tyskland i mellomkrigstiden. På tross av det dømte Nürnbergdomstolen individer som ”skyldige”. Folket hadde gitt nazipartiet sin tilslutning gjennom valg. I dag dømmer Haagdomstolen i saker som omhandler brudd mot folkeretten. Historiske og samfunnsmessige betingelser gir ikke fritak fra et personlig og individuelt ansvar, på tross av manglende handlingsrom eller trussel om død.

I analogi med hälsans väsen är friheten något mera än befrielse från tvång. Frihet är att vara återförenad med självet, Gud, naturen och medmänniskorna. Friheten är en och odelbar som ett subjektivt tillstånd och som en intra- och interpersonell relation. Det är därför logisk omöjligt att tala om en inre och en yttre frihet i likhet med ett inre och ett yttre tvång. [...] Människans värdighet är hennes frihet att återförenad med självet, Gud (liktydig med den abstrakta andra), naturen och medmänniskorna, ha förmåga att göra det hon har planer och intentioner på att göra, ansvarig för sitt eget och andras liv.. (Anttila, 1995, 113.)

Svaret på hva som motiverer mennesket, finnes antakelig i de verdiene menneskene ønsker og velger for sitt eget liv til enhver tid. De verdiene som den enkelte anser som viktige, mobiliserer tankekraft, interesse og planer for det en vil gjøre, og som mange i stor grad også er i stand til å realisere. Derfor har menneskets verdier betydning for oppfattelsen av eget menneskeverd.

Menneskeverdet har, som tidligere redegjort for, sammenheng med synet på helse. I denne studien er dette viktig, fordi vårdvitenskapens ambisjon er å fremme positive helseprosesser på alle nivå, fordi mennesket fungerer på alle disse nivåene. Den ontologiske helsemodellen er for denne studien derfor et viktig referansepunkt, også på et "vardande" nivå, som ikke er å oppfatte som noe en oppnår, men streber henimot, som det å realisere sin livsmening:

Poängen med denna modell är att påvisa de djupare nivåerna där många av våra inre resurser finns. I fall människan inte blivit medveten om dessa inngår de inte i hennes handlingsberedskap, d.v.s. i hennes egna möjligheter att bevara och befrämja sin hälsa [...] Hälsa som vardande [...] blir livsfrågor centrala. Människan är inte främmande för lidande men har sin strävan inriktad på att försona sig med livets omständigheter. Det kan vara såväl livskriser som lyckliga stunder som leder till en djupare insikt i tillvarons villkor. (Eriksson, 1995, 13, 14.)

Menneskets ulike dimensjoner forenes i den ontologiske helsemodellen. Helse er en "grundopplevelse hos människan" sier Eriksson (1995, 14), som må finnes og erkjennes, fordi dette er "källan till tro och hopp, vilka tillsammans med kärleken utgör centrala kraftkällor" (Eriksson, 1995, 14). Når disse kilder er funnet, fremmes helsen og den gode omsorgen kan gis, også i møte med det meningsløse.

9.2 Den caritative etikkens kjennetegn (2): En vårdande kultur holder oppe en etisk praksis

En vårdande vård er betinget av gode omsorgsfelleskap. Samtidig vil dette kapitlet forsterke betydningen av et personlig mot. Derfor drøftes noen sammenhenger mellom det individuelle og kollektive, med tanke på etiske implikasjoner.

Erfaring viser, at på samme tid som det gode skjer, skjer det onde. Og ondskap kan ofte ha en tendens til å "brenne ut", før noe annet kommer i stedet. Ingen er heller fremmede for "gjengjeldelsen rasjonalitet". En ting er å kunne bryte dette mønsteret, en bedre måte er å vite hva som kan bidra til at det onde ikke oppstår.

Men det er òg sant at *"det gode jeg vil, gjør jeg ikke. Det onde jeg ikke vil, gjør jeg"* (Rom 7,19). Dette uttrykker noe ytterst paradoksalt – en erfaring av hva denne kampen mellom godt og ondt kan føre til. Det er godt for mennesket å gjøre gode erfaringer og ikke hele tiden kjempe (mot det som er vanskelig). Noen kan klare det (nesten) alene, andre må ha mye støtte rundt seg for å forbli i det positive, ikke minst fordi det kan være utfordringer i det å fremme det positive – utvise mot – som utfordrer tendensen til konformitet og egoisme. Ikke minst er menneskets hang til konformitet knyttet til hvilken respons en får på hva en sier og gjør i møtet med betydningsfulle andre. I så måte er antakelig den emosjonelle sanksjoneringen vanskeligst å møte. Den rammer spesielt om en trues med utestengning fra felleskap. I dette har mennesker ulik toleransegrad, blant annet fordi den enkelte skiller mellom hva han/hun synes er rett og hvilke positive/negative konsekvenser hans/hennes handle- eller væremåter kan bidra til.

Om en ikke skal trekke dette helt tilbake til Tillich begrep om "icke-varat", så er det i det kollektive sterke krefter som virker disiplinerende, for at en ikke skal bli støtt ut. Om dette brukes positivt, kan det gå bra.

Dette bringer oss tilbake til det å tilegne seg vårdandets substans: *"Tilläggnandet innebär att teorikärnan och den teoretiska kunskapen översätts så att den får en konkret betydelse och binds vid en betydelsesupplevelse"* (Eriksson & Lindström, 2000, 13). Å kunne knytte denne forbindelseslinjen mellom aktuell teoretisk substansforståelse til menneskers erfaringer, vil

kunne gi nye perspektiv for eget liv (og andres). Dette er dypest sett bekreftelse av det ”innersta begär etter liv”, som Lindholm (1998) uttrykte det over. Hva dette konkret vil være, kan være vanskelig, om i det hele tatt mulig, å definere entydig. Men en kan være på sporet av noe om en forener erfaring og innsikt (erkjennelse, kunnskap):

Tilläggnandet är således härledandet mot en syntes av teori och praxis. I enlighet med den ursprungliga grekiska kunskapsupplevelsen (jfr Gadamer, 1988). Kunskapsupplevelsen, den nya förståelsen ger en känsla av hängivenhet inför upptäckten av en ny sida i praxis. [...] Att tillägna innebär att göra någonting till någons ära, att ge en gåva, att ge någonting av värde. (Eriksson & Lindström red., 2000, 13.)

Det betyr at hjelperens mandat, om tilegnelsen av disse verdier skal være noe å strekke seg mot, er å være dedikert pasientens (den andres) erfaringsverden, hans behov og begjær. Å ha dette som en felles mål, er da avgjørende viktig for å lykkes i et omsorgsfelleskap.

I dette ligger antakelig nøkkelen til hva bekreftelse er, fordi denne innstillingen (jf. sitatet over) hos hjelperen bidrar til å bekrefte den andres unikhhet og særskilte plass i tilværelsen. Det er viktig ikke å betrakte andres liv som et nødvendig attributt for egne personlige prosjekter. Det å være kulisser for andres liv er i lengden ikke særlig interessant, og egentlig uverdig. Men når pasientens liv og skjebne i seg selv er (blir) interessante og viktige, vekkes til live en medfølelse og forståelse for den andres situasjon – på et dypt plan – også hos den som hjelper. Hva er det ved dette som bidrar til slike positive konsekvenser?

Utfordringen for omsorgen er å fastholde en asymmetri mellom hjelper og den som er i behov av hjelp. Men det paradoksale er at denne asymmetrien fort kan bli feil, om ikke hjelperen kjenner sine begrensninger i retten til å definere den andres behov, håp og lengsler. Da kan det fort bli maktmisbruk eller overgrep,¹¹⁷ som i omsorgsfagene gjerne er skjult bak tilsynelatende positive intensjoner om å være til hjelp. En gave, for eksempel, vil som regel bli oppfattet som et gode for den som mottar gaven. Om gaven skulle være gitt med andre begrunnelser enn kun å være ment til mottakerens beste, vil dette bli oppfattet som en provokasjon og en krenkelse. I dette ligger et brudd på en konvensjon. En forventer gjerne at en som hjelper, er uselvisk, og at arbeidet som utføres har en ideell intensjon om kun å være

¹¹⁷ Løgstrup skriver: ”Hvis man tilraner seg et ansvar som ligger utenfor ens menneskelige mål, øver man uunngåelig vold mot dem man har påtatt seg ansvaret for” (1999, 69).

til hjelp. Løgstrup sier det så sterkt, at ”*fordringen bare kan oppfylles i uselvskhet*” (1999, 68). Derfor, om en skulle følge disse resonnementene, kan vi si at vi ikke skal hjelpe pasienten (eller en annen), med mindre det kommer i form av en gavehandling.

Språklig blir dette litt rart, men betydningen hjelpen får, blir annerledes enn den vi vanligvis assosierer med hjelperollen. Dette er interessant også for beslektede roller, som det å være pedagog eller oppdrager (foreldre).¹¹⁸

Som det kommer til uttrykk hos Eriksson og Lindström (2000) over, vil det få konsekvenser for praksis, om man slutter seg til dette verdigrunnlaget (denne etos). Verdiane er også grunnleggende i egen danning og personlighet.

9.3 Den etiske akten – teorimodell og slutteser

Frihet er en *premiss* for den caritative etikken, men også dens viktigste *kjennetegn*. Det eksistensielle alvor vil vi alle møte, skriver Tillich (1977). Det eksistensielle søker utover den fysiske, konkrete væren, samtidig som det er til stede i det konkrete livet. Det kan komme til uttrykk som en fordring – om å bli møtt. Frihet er en forutsetning for at den eksistensielle fordring kan komme til uttrykk skal kunne skje, og et kjennetegn ved situasjonen der pasientens fordringer får komme til uttrykk. Pasientens fordringer kommer ikke til uttrykk eller oppdages under ”tvang”, men i frirom. Dette må skapes på en eller annen måte, og særlig hjelperen har et spesielt ansvar for at det skjer.

Som nevnt over er våre emosjoner viktige i denne sammenhengen. De er ikke alltid opptatt av pasientens beste. Derfor må vi lære å invitere pasienten, ikke avvise ham. Invitasjon er slik et sentralt begrep for den caritative etikken, slik gaveaspektet er det. Hjelpen gis uforbeholdent, til pasientens beste.

For å forstå dette, må en se godt. Bare slik kan en vite hva omsorgen konkret skal gjøre i møte med pasienten. Hvordan skapes en ”*mänsklig atmosfär*” (Söderlund, 1998) i situasjoner en

¹¹⁸ Denne nyanseringen og perspektivieringen er til stede hos Rogers (1969), og kommer fint til uttrykk hos Løgstrup (1983) der han skriver at lærerens oppgave er å yte motstand, men uten å fremstå som en autoritet.

ønsker å unngå, synes er ubehagelige, osv? For hjelperen er dette en paradoksal situasjon. Det kan lett skje at den som skal hjelpe uteblir, eller fremstår på en måte som ikke inviterer til dialog.

Når pasientens fordringer uttrykkes som et behov om å bli tatt hånd om, må dette bekreftes og ikke sanksjoneres på måter som bidrar til å stoppe den vårdande samtalen/relasjonen. Hvordan etablere frirommet rundt pasienten, som gjør det mulig å ta imot pasienten og ivareta hans/hennes sårbarhet? Hvordan tillate og gi mulighet for at pasienten kan uttrykke det som for ham er viktig?

Det synes å være særlig viktig å skape en vårdande kultur, altså sørge for miljøer som beskytter og fremmer verdier som er av særlig betydning for denne relasjonen. Dette er noe alle søker i relasjoner. Antakelig kommer betydningen fram på en annen måte og har andre betingelser når en er pasient, enn i det daglige ellers.¹¹⁹ Frihet er derfor et viktig element i menneskets tilblivelsesprosess (jf. helsebilde), slik mennesket oppfatter og forholder seg til sin "skjebne" (May, 1995).

Dette innebærer flere dilemmaer eller kamparenaer. På en måte er frihet konformitetens motpol. Frihet en samtidig en forutsetning for god omsorg. Det kan synes paradoksalt. Men konformiteten disiplinerer menneskelig samvær til at vi blir eller er som andre. Dette kan være hensiktsmessig, men har sine klare grenser og forutsetninger. Ikke minst er det i etikken viktige anliggender knyttet til selvbestemmelse og autonomi. Noen er også regulert av lovverket.

Innen omsorgsfagene kan takknemlighet være et kjennetegn på god omsorg, om den kommer som en konsekvens av en gavehandling og ikke som en gjenytelse for gode gjerninger. De gode gjerningers "tyranni" kan nettopp være å gjøre omsorgen ufri: "Jeg hjelper deg og du er meg evig takknemlig!"¹²⁰

¹¹⁹ Tilknytning (intimitet) og uavhengighet er motsetninger vi alle kjenner til. Særlig kommer dette fram i nære forhold (f.eks. i ekteskap), der det er et konstant vekselspill mellom nærhet og avstand. Om forholdet mellom nærhet og avstand ikke blir noenlunde balansert (om vi føler oss "spist opp" eller ignorert), blir vi ulykkelige, og vi søker å unnslipe eller søker "friheten".

¹²⁰ Mark Twain har sagt: "En god gjerning går aldri ustraffet." Det er også sagt: "Jeg kan ikke forstå hvorfor han hater meg slik, jeg har jo aldri prøvd å hjelpe han" (Oscar Wilde) (her Heap, 1990).

Takknemlighet kan også være tegn på konform handling. Dette skjer også i helsevesenet, fordi det er mange omvendte omsorgsmotiv til stede, hvor en er mer opptatt av seg selv enn pasienten (jf. Ruyter og Vetlesen, 2001). Derimot vil takknemlighet som en konsekvens av en gavehandling sprengte stereotype mønstre, forløse relasjoner og åpne for et eksistensielt møte. Hvorfor? Fordi det skapes et frirom uten sanksjoner i form av krav eller forventninger. Konformitetens "fengsel" kan brytes på denne måten, og pasienten blir dermed invitert. Pasienten erfarer å kunne bli tatt hånd om på en måte som gir takknemlighet som *konsekvens*, og ikke som en strategi han velger, for ikke å risikere at hjelpen ikke kommer.

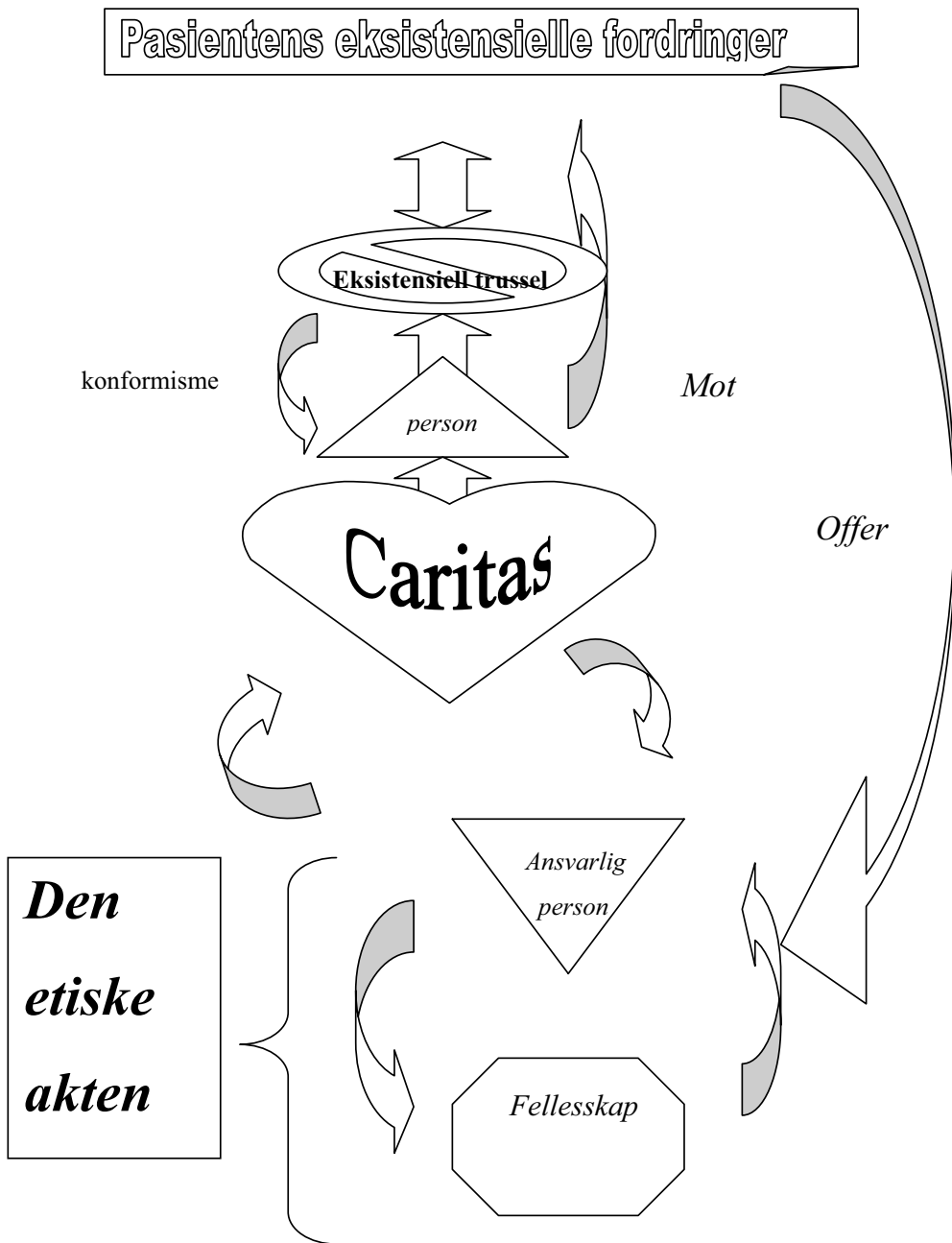
Hva er profesjonsutøverens situasjon i dette "landskapet"? Et viktig utgangspunkt for denne studien har vært begrepet mot: Det eksistensielle representerer en utfordring for alle, og mot handler om å møte det eksistensielle hos seg selv og hos andre. Det er opplagt at en personlig frykt for "ikke-varat" (jf. Tillich, 1977) får konsekvenser for hvordan en møter den samme trusselen hos andre. At denne trusselen er en utfordring for alle mennesker, er en grunnleggende antakelse for denne studien.

Dette temaet går igjen i det empiriske materiale, der informantene beskriver hvordan det er å møte pasienter i vanskelige livsspørsmål, spørsmål som ble påtrengende da de ble pasienter. Det er vanskelig å tenke seg at noen vil være særlig opptatt av å bidra til å øke pasientens "frirom", om en selv frykter "rope fra ikke-varat". Det er også veldokumentert at sykepleiere finner alternative løsninger når nærgående problemstillinger hos pasientene oppstår eller kan komme til å oppstå. Deres eksistensielle "fluktmekanismer" (Almås, 1992, 53) kan en ha stor sympati for, fordi en kjenner det så godt igjen i eget liv. Ikke desto mindre reiser det et viktig spørsmål av betydning for yrkesetikken når vi velger strategier for å slippe unna. Pasienten er ikke tjent med det, ikke sykepleieren heller i det lange løp. Studien viser at å være sammen om det som er vanskelig, har stor betydning. Det hjelper en til å våge og til å holde ut. En av informantene sa det slik: *"Jeg synes det er veldig tøft å jobbe der. Jeg synes det er en tung avdeling, men hadde det ikke vært for den personalgruppen man har rundt seg, hadde det vært enda tyngre."*

To sentrale forhold, frihet og en omsorgskultur, fremmer muligheten for ivaretagelsen av pasientens fordringer. Å gå inn i dette landskapet fordrer et personlig mot av hjelperen, og er særlig krevende når pasienten ber om hjelp til å forstå og komme igjennom perioder og situasjoner som ikke gir mening og håp.

Om dette kan øke forståelsen av pasientens situasjon i møtet eksistensiell nød og hva som lindrer hans lidelse, er det òg et bidrag til vårdvitenskapelig kunnskap.

Dette vil kunne uttrykkes i en modell (figur 5). Den viser sammenhenger mellom aspektene som er gjort rede for i denne avhandlingen – en design over studiens resultat med utgangspunkt i studiens teoretiske del og empiriske del:



Figur 5: Teorimodell om sentrale begrep og fenomen som er fremmede for den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art

Gode prosesser må starte et sted. Jeg har antydnet individets betydning for å initiere det gode (og det onde). Det er et komplekst samspill mellom et individuelt og et kollektivt nivå. Det er derfor massebevegelser kan bli farlige når ingen individuell vilje lenger kan stoppe massens bevegelse.

Massenes rasjonalitet har sitt gjensvar i "massemennesket" (jf. Monsen, 1987). Monsen (1987) viser hvordan slike sammenhenger mellom det kollektive og det individuelle gjenspeiles i den enkeltes liv. Det viser hvor viktig det er å motarbeide massemenneskets verdier, fordi det problematiserer og kan korrigere massemenneskets logikk og konforme væremåter (ibid., 29).

På mange måter blir dette en kamp mellom konformiteten og kjærligheten. Når konformiteten går i ledtog med trusselen om utslettelse ("*hotet från icke-vara*"), blir personen truet til ikke å handle modig. Motet er, med utgangspunkt i Tillichs (1977) forståelse av mot, broen som gjør det mulig å handle. En kan si at mot er kjærlighetens "motor", det som setter i gang bevegelsen. "*Modets skönhet och godhet ligger däri, att det goda och det sköna förverkligas i det*" (Tillich, 1977, 12). Informantene gir uttrykk for dette på ulike måter og hvordan de på sine måter møter pasientenes vanskelige livsspørsmål.

Om det finnes personer som kan "materialisere" verdien "frihet" i sin kultur, fremmes en "vardande" kultur:

En människa i vardande upplever frihet och livskraft. Hon kan leva mera helt och fullt som människa. Hon känner frid och en vilja att leva och växa. (Eriksson et al., 1995, 14).

Trusselen om utslettelse (død) er alltid til stede. Om en som hjelper får inngå i en omsorgskultur, vil kulturen kunne bidra til at en kan "leve" verdien "frihet" i møte med pasientenes eksistensiell fordringer, fordi man støtter hverandre i dette. Antakelig blir en sentral utfordring for kulturen å sørge for en felles ambisjon om å møte pasienten på et vardande nivå.

Om så ikke skjer, overlates denne ambisjonen til den enkelte, og det blir da et "personlig prosjekt" som den enkelte må ivareta, løsrevet fra den kollektive kulturen. Slik blir den

enkelte mye mer sårbar i møte med en krevende pasientvirkelighet, og faren for å krenke pasienten øker, fordi det blir mer sporadisk og tilfeldig om pasienten møter et menneske som vil møte ham.

Slik forstås ”*den etiske akten*”. Det finnes flere kritiske sekvenser med tanke på å sikre den caritative etikken, fordi det vil være mange elementer som betinger en etisk handling. Men å kunne se sammenhenger til vårdvitenskapelig substanskunnskap og kunne argumentere for denne studiens anliggender som relevante for den gode omsorgen, er en viktig applisering av en tidløs innsikt, som styrker studiens anliggende – den caritative etikkens evidens i vår tid.

Essensen i denne studien kan oppsummeres på følgende måte:

Å lindre eksistensiell lidelse er den caritative etikkens mål og forutsetter ivaretagelse av følgende teser:

Tese 1:

Frihet er en forutsetning og et kjennetegn ved den caritative etikken.

Frihet er vårdandets grunnkategori.

Tese 2:

a. Ivaretagelsen av pasientens eksistensielle fordringer sikres gjennom menneskelige fellesskap, som skapes av ansvarlige personer som har mot, og som har utvist offer. Mot og offer blir dermed en del av omsorgsfellesskapets kollektive etos.

b. Omsorgsfellesskapet representerer en kollektiv kraft- og inspirasjonskilde som ansvarliggjør (forplikter) enkeltpersoner og fellesskap for den caritative etikken etos, på tross av eksistensiell trussel gjennom sykdom og død. Dette innebærer omsorg for eksistensiell lidelse på helsens tre nivåer, fordi pasienten er bekreftet som menneske – som enheten kropp, sjel og ånd.

10 Kritisk granskning

Et kritisk blikk på eget arbeid er vanskelig, fordi en blir blind, eller kan komme til ytterligere å underbygge det en har gjort, mer enn å være kritisk til det.

Larsson (1993) holder fram tre områder som sentrale for kvalitet i kvalitative studier: kvalitet i fremstillingen, kvalitet i resultatene og validitetskriterier.

Forforståelsens betydning og nødvendighet er argumentert for i relasjon til hermeneutiske studier. Denne studien fremstiller et teoretisk perspektiv som studiens resonnement hviler på. Det vårdvitenskapelige perspektiv har særlig tatt utgangspunkt i menneskebilde og helsebilde. Det fremføres en sammenhengende argumentasjon for betydningen av disse grunnelementene i den caritative etikken. Samtidig som dette redegjøres for, beskrives et etisk perspektiv, som er forenlig med dette menneskebilde og synet på helse. Den etiske fordring blir også et innspill til diskusjon om etikkens funksjonalitet, altså på hvilke måter menneskebildet og et slikt syn på helse kan ha praktiske konsekvenser for etikken.

Fremstillingen har forsøkt å være eksplisitt på studiens utgangspunkt og hensikt. Det har vært et uttalt ønske å gjøre den så klar at leseren kan følge argumentasjonene og gjennom det ”*bedöma tolkningens ställning*” (ibid., 196). Det viktigste argumentet for om en har lyktes, er kanskje om perspektivet er tilstrekkelig for formålet, eller for lite diskutert, eller at andre tolkningsmuligheter ville vært naturlige. Ut ifra premissene som er lagt og egen evne til refleksjon, er gjennomføringen av studien gjort så ærlig og fullstendig som mulig, slik at studiens resultat og konklusjoner kan følges.

Perspektivvalgene som er redegjort for, er gjort med tanke på den metodologi som følger av en hermeneutisk design: at det skal være mulig å følge refleksjonene og mulige tolkningsforslag som en logisk konsekvens av de ”bygggestener” som kommer til uttrykk i forforståelsen. Det betyr at en ser på én måte, men denne måten skal også kunne utfordres av andres synsmåter i både det teoretiske og det empiriske materialet. Slik er flere forståelseshorisonter mulige, og ny kunnskap muligjgjøres.

I denne studien representerer det empiriske datagrunnlaget en viktig innfallsvinkel. Gjengivelsen av materialet er forsøkt gjort så nær opp til informantene uttryksmåter og formuleringer som mulig, i de sammenhengene utsagnene kommer. Dette kalles ifølge Ôdman (1979) ytre kontroll av tolkningene.

Det kan være mulig for andre å se annerledes på datamaterialet og hva det impliserer for studiens problemstilling. Men avhandlingens hensikt er å argumentere for rimeligheten i denne studiens tolkninger og konklusjoner.

En sentral del av en avhandling er valg av metodisk tilnærming. Det er også redegjort for sammenhenger mellom studiens interesse og hvilke tilnærminger som kunne belyst problemstillingen. Et aspekt skal her spesielt nevnes som gjelder omfanget av det empiriske materialet. Det er gitt en redegjørelse for hvordan tilgangen til feltet var. Antall informanter og omfang av materialet kunne en kanskje ønsket var større. Disse var påvirket av ytre rammer som også ga mulighet til konsentrasjon over tid på det stedet jeg fikk tilgang til. I måten den empiriske datasamlingen ble gjennomført på, er det derfor en styrke knyttet til tilgjengelighet og kontinuitet med sted og personer over tid.

Slik kan en si at metodologien, epistemologiske hensyn og den metodiske gjennomføringen bidro til å besvare forskningsspørsmålene (jf. Larsson, 1993, 199). I tillegg er etiske anliggender for studien redegjort for. Disse hensyn er søkt ivaretatt på en skånsom måte. Studien er godkjent av forskningsetisk komite (REK – jf vedlegg 5) på tross av liten kontakt med pasienter. Det synes betryggende ut ifra at studiens karakter, som, som nevnt, anses å være i grenseland for hva som bør forutsette informerte samtykker fra pasientenes side. En har søkt å være sannferdig i fremstillingen av datamaterialet, slik at ingenting er uskrevet som burde vært skrevet.

Studien anliggende har vært å belyse den caritative etikkens vilkår i lys av et vårdvitenskapelig perspektiv. Dette prioriterer det vårdvitenskapelige perspektivet på studiens problemstillinger der en søker å øke vårdvitenskapens kunnskaptilfang. Det begrenser alle mulige tolkningsforslag. Studiens endelige konklusjon formulerer en teoretisk modell om sammenhenger av det som fremmer den caritative etikken når den utfordres av eksistensielle fordringer.

Målet om at studien bidrar med et teoritilskudd, er en høy ambisjon, men ikke desto mindre et krav i kvalitative studier. Denne studien har en overordnet hermeneutisk design og studerer spørsmål som berører allmenmenneskelige tema. Studien utforsker problemstillingene i relasjon til sykepleie, som, meg bekjent, ikke er gjort tidligere. Studien tar utgangspunkt i vårdvitenskapens grunnantakelse 8. Studien søker å bidra til en operasjonalisering av den caritative etikken inn i en konkret yrkeshverdag. Gjennom en slik prosess kan allmenne begrep og fenomener knyttes til den virkelige virkeligheten få betydning for nyanseringen og praktisering av vårdvitenskapelig kunnskap.

Med utgangspunkt i denne antakelsen utforskes forståelsen av mot, offer og ansvar i en operativ kontekst, hva dette innebærer i møtet med alvorlig syke mennesker som er opptatt av eksistensiell tematikk. Begrepet offer inngår ikke i dagligtalen. Dermed savnes offer i karakteristikker av dagligdagse handlinger og væremåter, selv om jeg tror de innholdsmessige betydninger ivaretas. Denne forståelsen kan knyttes til Ödman (1979, 98) som sier at *”hermeneutikkens kunnskapsinteresse [er] att öka den intersubjektive förståelsen bland vår tids människor”* (her Larsson, 1993, 205–06). Dette er særlig viktig for etikken som har applikasjonens muligheter som sin særlige interesse.

Dette innebærer spørsmål om validitet. I Larsson (1993) fremstilling knyttes det til hvordan studien tåler å møte andre forståelsesmåter og argumentasjoner. Kritik av studiens resultater må ses i lys av de perspektiv som studien har. Slik kan en få debatt om hva som er relevante anføringer til studiens konklusjoner (ibid., 205). På den andre siden gir andre teoretiske perspektiv muligheter for andre svar. Det vil derfor kunne være en berettiget kritikk å anføre til denne studien. En kunne (som eksempel) hevde at mennesket ikke kan forstås som en enhet av kropp, sjel og ånd. Det har vært et gitt utgangspunkt for denne studien som får implikasjoner for argumentasjoner som føres.

Studiens retoriske kvaliteter (jf. Larsson, 1993, 205) søker å overbevise om nødvendigheten av å ha et enhetlig menneskebilde. Slik kan forskning ha overbevisningsstyrke nok til å bidra til å utvide rommet for tanke og refleksjon, som alltid vil være avgjørende for den vitenskapelige virksomhetens legitimitet.

Larssons (1993) diskuterer konsistenskriteriet knyttet til hermeneutikkens tolkningsansats i forholdet mellom del og helhet. Han fremholder problemet med deler som inngår i en helhet,

og at en innebyrdes sammenheng mellom del og helhet i seg selv kan synes motsetningsfylt som et vitenskapelig ideal, fordi en søker å ”innordne omstendigheter” i en helhet. Dette forutsetter også en antakelse om en grunnleggende orden i tilværelsen som i denne studien knyttes til menneskebilde og den ontologiske helsemodellen, som har i seg forutsetninger om hva som er sant og godt for mennesket. Denne studien har etikk som en overordnet ramme. At etikken som kommer før ontologien, innebærer som en grunnleggende premiss et menneskebilde som noe a priori og ikke som noe relativt. Derfor er for eksempel spørsmål om krenkelse av menneskeverdet primært ikke et praktisk-kontekstuelte spørsmål, men knyttet til grunnleggende spørsmål om menneskeverdet. Det betyr også at krenkelsen kommer til uttrykk i en gitt sammenheng. Men trolig berører krenkelse et fellesmenneskelig fenomen. Trolig er vi mennesker i denne betydningen mer like enn forskjellige. I dette perspektivet kan sammenhengen mellom del og helhet forstås. Helhetlig forståelse av fenomen må forstås inn i en kulturell kontekst for å bli forstått rett. Samtidig bygges et hermeneutisk ”byggverk” som må ta hensyn til byggestenenes beskaffenhet av universell karakter.

Det pragmatiske kriteriet knyttes til et praktisk og emansipatorisk kriterium. Det er berørt tidligere og handler om at verdien av en studie også betinges av at det kan være nyttig for noe, for eksempel at tidligere forståelsesmåter kan endres og at praksis kan få en ny retning, enten det er innenfor klinisk yrkespraksis eller innen undervisning. Studiens tema kan videreføres i mange ulike sammenhenger. Undervisningstema kan være knyttet til etisk bevisstgjøring, både teoretisk og i tilknytning til kliniske studier. I så måte har studien inspirert til videre arbeid både som forsker og som formidler.

10.1 Betydning for sykepleien

Det har vært en interesse for etiske spørsmål knyttet til sykepleie, som var utgangspunkt for denne studien. Studiens tematikk er knyttet til sentrale områder for vårdvitenskapen. Hvorvidt og på hvilke måter dette er aktuell og nyttig kunnskap for samfunnet, kan få sin prøve i møtet med sykepleiens yrkesfelt og samfunnsmessige mandat.

Måten sykepleieyrket er fremstilt og problematisert på i denne studien, viser noe om et utfordrende og mangesidig arbeidsfelt. Mangfoldig og flertydig synes å være plausible beskrivelser av dette fagets situasjon. Omstendighetene rundt yrkesutøvelsen synes i stor grad

betinget av hva sykepleiere til enhver tid skal befatte seg med. Langt på vei råder en "hensiktsmessighetens pragmatisme" innenfor sykepleien, som gir helsevesenet stor grad av fleksibilitet. I denne sammenhengen er sykepleien viktig, fordi det bufrer, gjennom å "serve" dette mangfoldet av helsetilbud som i dag gis pasienter på ulike nivå i helsetjenesten.

Studien har pekt på betydningen av et indre perspektiv i sykepleiefaget med hensyn til vårdvitenskapens anliggender. Det perspektivet fordrer en klarhet og bevissthet i denne disiplinens temaer, som er av en karakter som ikke alltid "kler" en formålsrasjonell økonomisk tilnærming, som preger dagens helsevesen.

Sykepleie som fag skal fylle mange funksjoner og må forstå mennesket som natur og som kultur samtidig, og inneha et livsverdensperspektiv samtidig som det skal orientere seg i en krevende "kausal" virkelighet. For sykepleien betyr det at faget kommer på "strekk" mellom naturvitenskapelig og økonomisk rasjonalitet på den ene siden og øvrige menneskelige behov på den andre.

Siden sykepleie som fag og profesjon må ha et ben forankret i en forståelse av mennesket som "natur", så vil det være avgjørende for faget om det ivaretar den caritative etikkens anliggender, om sykepleien ønsker å tjene "det hele menneske". Denne studien har pekt på utfordringer i å kunne gjøre det, fordi mennesket som enheten kropp, sjel og ånd aldri fullt ut vil kunne forklares eller predikeres. Å vise ydmykhet, men engasjement om helsehjelpens menneskelige sider, vil i fremtiden avgjøre om vi forblir et humant samfunn, der mennesket forblir mål og ikke middel.

Utfordringen er å forstå hva som setter mennesket i sentrum i våre konkrete handlinger. Hvis vi ikke klarer det, bli humanisme tom retorikk og "språklig glasur", og ikke evident vårdande praksis.

SUMMARY

The Ethical Act – Caring Ethics when patients' have existential demands

Dag Karterud

Key-word: existential suffering, responsibility, courage, sacrifice, caritative ethics

Background and the aim of the study

The study focuses on patient's suffering when they are excluded from compassionate care at a time when existential issues become important to them. It is probable this situation will increase the patient's need of being cared for. On the other hand these needs are difficult to recognise. The aim of this study is to explore the ways in which we can understand what influences the care of the patient in regard to these issues.

I am curious regarding the paradox of not acting in accordance with our intentions. At the very moment when we are acting, (metaphorical called "the ethical act"), something is released, which determines what we actually do and how we do it. It is of vital importance to discover what influences our actions to gain knowledge as to why unethical actions arise. The aim of this study is to examine conditions/phenomenon that promote positive forces within caring relationships, how these conditions/phenomenon interact – in order to understand more about what contributes to the care for the patient.

The purpose of this thesis is to develop a theoretical framework regarding some core concepts and phenomenon within caritative ethics when patients have existential demands. There are to research questions,

- (a): In what way are concepts like courage, responsibility, and sacrifice represented within caritative ethics.
- (b): Which phenomenon of ethical significance are brought into focus when patients have existential demands.

Ontological and epistemological perspectives

The ontological health-model, the Caring Science's view of man and the basic assumptions of Caring Science are the preconditions of understanding. Health is understood as a movement towards the integration of the dimensions of doing, being, and becoming. The view of man depicts man as a unity of body, mind, and soul. It also indicates what is meaningful for man and provides guidelines for caritative ethics.

In Caring Science 8 basic assumptions have been formulated. They are postulates about the caring nature, as described by Caring Science. This study is based on assumption no. 8: *"Caring relations form the meaningful context of caring and derive their origin from the ethos of love, responsibility, and sacrifice, that is caritative ethics"* (Eriksson 2002). All the basic assumptions are important, as they describe/provide the foundation of Caring Science. This study contributes to the substance of Caring Science, in the light of caritative ethics. The caring community is the fundament of all humanity. What are the important factors with regards the patients' needs when they are in need of care to face of their existential drama?

Methodological considerations

Hermeneutics is the overall perspective of the interpretations in this thesis. In accordance with Kvale (2001), three contexts of interpretation are used as the framework for interpreting the texts, both in the theoretical and empirical parts of the study. Preconditions for understanding are, according to Gadamer (1989), the concern of hermeneutics. The meaning of the texts is the basis for understanding. The contextual elements are presented to shed light on the exploration of the message hidden in the texts. Tradition is expressed by the context. Tradition is the manifestation of history and we can study these manifestations, and understand texts as expressions of meaning.

The relationship between human beings is founded on a wish to understand one another. To do so, one has to understand oneself. Thus, the understanding is dependent on mutuality between the two (or more) – as a struggle of mutual recognition, says Gadamer (ibid.). Due to this link between the understanding expressed in written (theoretical) texts and empirical expressions (in this study), it is of vital importance to present the researcher's

preunderstanding, to understand the relevance of interpretations. My experiences and understanding of nursing, the perspective of ethics, the view of man as a unity of body, mind and soul, the ontological health model, represent the foundation of the reflections, interpretations, and assumptions that are presented in this thesis.

The research - process:

Understanding and relevance in the light of the purpose of the study, are the main guidelines for the selection and presentation of data and the understanding of the meanings in the texts. This study is founded on the basic assumptions of Caring Science and the preunderstanding of the researcher. In the study it is argued that the chosen texts (as the theoretical data material) are relevant to explore the suitability of the concepts of courage, sacrifice, and responsibility in order to understand caritative ethics. The reasons for the empirical part of the study, is to show how ethically relevant phenomenon and concepts can be recognised and understood in a clinical context. Ethics is the realization of values. The true understanding of caritative ethics is concerned with the realization of a health potential such as 'doing', 'being', and 'becoming'. The very substance of ethics is about transition and interpretation, from value to lived life. Ethic as an integration of theory and praxis, as Gadamer points out, is a communion of understanding: *"You are present and in full attention and share/pass on the good"* (Eriksson & Lindström 2003, 10).

Attention to ethical aspects of the research process, is of great importance, not only because of the credibility, and relevance, but also the trustworthiness of the study. The study seeks to make a contribution to the body of knowledge within Caring Science, especially regarding caritative ethics. In addition society also has a need of this knowledge, so as human values can be protected, because it is necessary to understand what the preservation and promotion of these values contributes to human societies.

There are no easy answers regarding these issues that take into consideration questions like meaning – meaninglessness, good – evil, right – wrong. One important scientific contribution could be the application to the nursing profession, as the nursing profession is a common profession within health care systems throughout the world, and it has many links to ordinary life through the caring aspect. The significance of this study is the knowledge gained regarding how to care for the dependent other, how to be considerate towards his vulnerability

when meeting the existential questions, and how to attend to the preservation of the patient's dignity within a health context.

The ethical demand

Løgstrup's (1999) ethics assist us to think in practical terms in relation to the universal principles regarding human beings in the light of caritative ethics; the commitment and ethical demands lie in the relationship between interrelated human beings. This relationship is the core of the subject matter of Caring Science, because this relationship promotes health and relieve pain when the patient is suffering.

This ethical position justifies,

- (1) the study's practical ethical perspectives related to caritative ethics,
- (2) the legitimacy of existential issues in caritative ethics, and
- (3) through the ethical demand to argue for the legitimacy of caritative ethics to connect the ethical demand (the ideal world) to the real world (patient's ethical demand).

Human beings exist in a relationship to one another. This is a true and undisputable fact about life as it appears. It is not possible to pretend not being in a relationship with others. This results in some way or other in the existence of an ethical claim to the other person and this in turn results in the necessity of making decisions as how to respond to this (ethical) claim.

This study reflects the position of the caregiver during his/her meeting with the dependent other, and what preconditions must be in place to secure compassionate care. The authority the carer may bring into the relationship with the patient must be taken into considerations the relationship is asymmetric. In some ways it is important to understand what kind of basic attitudes or caring environment must be present to realize caring values.

Tillich (1963) says that we must accept the message that we are accepted. This is the startingpoint of moral action, he says. This place is a place of freedom to secure a profound wish to give the patient space and possibilities to perform according to his own wishes. It is the art of caring that creates this space of freedom. As Løgstrup says, it is important to pay attention to the values that should guide the specific situation or problem. He understands the

help given as an attempt at caring and the will to communicate in each case is therefore of vital significance. It is, in other words, a relationship that alternates between intimacy and freedom. To balance these two positions in everyday life is the main challenge for all people living in close contact with others. We all do or try to do the best - to be cared for and also care for others.

The quality of this caring relationship is the source of understanding how to meet the patients' need when facing the meaninglessness of sickness. The patients' fears for his life, uncertainty, are important issues. This is the reason it is necessary to create caring communities in collaboration with the patients to meet these challenges.

Spontaneous expressions of life are authentic, because they are spontaneous. They express real life as it should be. Examples are confidence, mercy, free speech/to speak out freely, and they are all hallmarks of values we should try to realize and protect within caritative ethics; It is possible these values are the prerequisites for caring when patients are meeting existential questions.

Theoretical data and interpretations

This study is moving on the edge; literally speaking between life and death. To care for patients who are facing the horror of death, requires brave nurses (for instance). Courage is one key-word in assumption no 8. To understand the need for braveness within caritative ethics, it is necessary to understand how courage is interrelated with existential issues. According to Tillich (1963) courage is essential to ethics, in some way it constitutes ethics. This issue is of ethical relevance; all people will meet death in life. It is likely that this may require helpers to take ethics into consideration in order to understand how to help and comfort the patients. This study argues that this is of vital significance if human dignity is to be protected. In what ways is it possible to recognize the presence of existential themes? Perhaps it occurs when we do not understand the patients' underlying expectations. This is related to the extent of the intentions and motivation rooted in the situation and in the helper's mind, whether or not they are firm and certain.

Sacrifice has in this case a certain value and must not be viewed in the light of its' use in rituals. Sacrifice here is about giving the other priority full attention in a way that the patient perceives as trustworthy. Why is this important, and necessary to preserve dignity? In the light of to the ethical demand, it is vital to protect a sound relationship between freedom and intimacy in the caring relationship, because all relationships have to balance these two poles. In caring this is of specific interest, because of the person who is in need of care. There is a area of unselfishness that gives the patient this place of freedom and he will recognise this. Then perhaps he will tell his story about his sorrows, grieves, disappointments and expectations.

There is also a link between courage and sacrifice. One must be brave to be able to participate in the suffering of the patient. And when you decide to enter the patients' space, you have to do it in a, unselfish and dedicated manner. Conciliation is the aspect of sacrifice that gives care the perspectives of future, reconciliation, and hope to the patient. This is to promote health as becoming with great impact on to everyday-life.

Responsibility is connected to acting (to be able to care). You are in real life realizing the values corresponding to the caritative ethos within Caring Science. The arguments for realizing these values lie in the ethical demand.

Thus, the following assumptions are described as consequences for caritative ethics:

- (a): There is a strong connection between the person who is acting and what is ethically significant: The values that are internalized decide what the person assumes as ethically relevant to the situation. Ethical considerations are influenced by learning and whether or not the person has experience of the polarities of life.
- (b) This polarity in experiencing ethically relevant dilemmas impinging on the situation, is also a precondition (1) to see ethically dilemmas, (2) to receive the will and courage to mobilize the commitment to act for the best for the patient, and (3) to act so to benefit for the patient, even though it is uncomfortable for oneself.
- (c): Whether questions are assumed as ethically relevant and taken seriously, depends upon their status as an ethical demand.
- (d): Conformity is the opposite of responsibility, because a responsible act always gives priority to the benefit of the other, at present time and in the future, if the situation represents an ethical demand.

(e): Sacrifice is the catalyst of an ethical act, because it conquers the helper's own fear when facing the patient's existential agenda and thus secures help for the helpless. This is because the patient has become the helper's responsibility and therefore been cared for, in spite of his vulnerability and suffering. The helper must demonstrate a compassionate attitude be reconciled with himself before trying to meet the patient's needs. The help is given unconditionally, unselfishly, and is based on mercy and charity.

(f): Should the helper be prevented from doing his very best, this will contribute to the disintegration of the helpers moral foundation and the accumulation of guilt. Reconciliation releases guilt and is a precondition for the best help being given and also for being given the opportunity to help at all. In this case 'life expressions' (a la Løgstrup) would be a hallmark on caritative ethics and the possibilities that lie therein.

Empirical data and interpretations

The empirical data is from interviews and observations during a three months period on a clinical ward where the aim was to diagnose and treat cancer diseases. I spent almost 4 days a week during this period with the nursing staff. At the end of the period I carried out five interviews which involved 7 informants.

The research process can be characterised as a hermeneutic process and Kvale's (2001) contexts of interpretation were used as a guidelines for carrying out the interpretation process.

During the period on the ward, it was important for me as a researcher to understand the conditions which influenced the nursing performances. Understanding the context resulted in the opportunity to understand the nurses' decisions. There were two main issues which have been discussed in this thesis: (1) The understanding of nursing as subject matter and praxis, (2) The community of nurses – a caring community as a prerequisite to perform excellent (ethical) nursing.

The following assumptions are the conclusions of this (observation) part of the empirical study:

- (a) Nurses profoundly wish to comfort the patients suffering because their disease and their discomfort during the period of treatment. Their attitude towards the patient is one of compassion. This attitude is an important part of their professional self-esteem as a nurse.
- (b) The nursing culture takes care of and strengthens all who are part of this culture. This contributes to being able to endure difficult situations.
- (c) A high ethically standard in nursing is dependent upon those who are capable of comprehending the ethos in ethically marginal situations. These situations can occur when patients are facing existential topics.

The interviews presented the opportunity to elaborate on what, in many cases, were common experiences during this three month's period. The study describes many considerations regarding the recruitment of the informants, and those who allowed themselves to be interviewed.

The following assumptions present the essence of that which was mentioned in the conversations with the informants:

- (a) Confidence presumes practical skills, which are expected to be performed by nurses on the specific ward where they work. There appears to be pragmatic reasons for nurses' responsibility; Responsibility within the nursing profession is defined both in a broad and narrow fashion, as well as pragmatically, dependent on context, personal courage and what is perceived as nursing.
- (b) The courage has to be mobilized to overcome the threshold of the patient's existential agenda. One must overcome ones' own fear, dislike, and the uncertainty of not being able to answer or not know what might be the right answers in this uncertain situation. Ones' own experiences are important if one is to dare to enter this sphere of difficult and unpredictable situations.
- (c) One has to meet the existential themes with compassion. This is different from meeting concrete physical needs. Existential needs can thus be ignored, because they are unpleasant and not a self-evident part of nursing practice.
- (d) Freedom is a prerequisite to deal with existential issues, because it releases the expectation in the patient's mind of being taken care of and not being disappointed and rejected? This relieves the patient's suffering.

(e) Good relationships protect and shield nurses from difficult situations and help them to bear the difficulties when this is necessary. At the same time there must be some who can meet the existential demand and be accessible to the patient.

Assumptions in relation to theoretical and empirical interpretations, caritative ethics and Caring Science

This thesis' basic assumptions are grounded on profound investigation into the different elements of this study. The theoretical and empirical contributions, the ethical demand (refer Løgstrup) and Caring Science, all give light to the reflections on ethical elements to preserve patient's dignity and make possible the relief of patient's suffering. The patient is especially challenged when he is meeting existential questions in his life. Patients do frequently meet these questions when they become ill or are injured. This study will argue there are connections between some of the basic conditions of life, such as the invariability of existential issues all men meet, and the opportunity that all human beings have to relieve one another's pain and suffering. Health professionals especially have this option to give relief and promote hope. They are near to men's suffering, because they serve in health institutions and meet patients who are in need of help, support, and care.

Therefore, the following assumption is proposed as the overall thesis in this study:

1. Freedom is the basic hallmark of caritative ethics. Freedom is the basic category of caring.
2.
 - a. When attending to the patient's existential claims, it is of vital importance to ensure human relationships are caring communities, created by responsible persons who have shown courage and sacrifice. Courage and sacrifice constitute the ethos of caring communities (communions).
 - b. Caring communities represents a collective source of power and inspiration which commit all the participants and the caring community to the caritative ethos, despite the existential threat sickness and death represent.

Discussion

This study investigates common and eternal themes in human life. But the link to the nursing profession is an important possibility for the application of timeless knowledge, in regards promoting insights relevant to caritative ethics. It is possible the contribution of Caring Science may be to describe the elements that constitute a 'bridge' between 'real' life and the chosen concepts and phenomenon. These elements are made visible through the hermeneutical process. For instance, it has been enlightening to penetrate the implications of the concept of sacrifice, because it reveals a certain way of thinking related to caring. This represents a hindrance in the caring environment. This environment must be made accessible. This 'room' is not easily accessible in regards existential subjects, because it represents vulnerability on the part of the patient.

Implications

Caring Science explores fundamental elements to promote care in the attendance of basic human needs and desires, in the comfort of suffering and the taking care of and support of health promoting processes. To do so, it is necessary to understand and recognize these caring elements within a caring context, like nursing.

Thus, nursing is the place or context, in which to apply timeless knowledge in the real world. There are many links that are not obvious between moral intentions and values and in the ways in which these connections are recognised. Being compassionate, and promoting human dignity in a way that is relevant to the experiences of human beings represents a considerable challenge. The credibility of what is said, becomes evident through ones' own experiences of the same words. With regards to this, this study reflects on enduring values applied to nursing practice and explores what is necessary to secure compassionate care when the patients are under the threat of non-existence.

This knowledge represents a fundament to preserve human society, because it promotes what is required to secure human dignity. The real world is never so demanding that it prevents the use of this knowledge in the improvement of a patient's suffering. This is the aim of Caring Science.

Litteratur

Almås, H. red. 1992. *Klinisk sykepleie*. Universitetsforlaget, Oslo.

Anttila, K. 1995. *Den mångdimensionella friheten. En undersökning av frihetsbegreppet, dess dimensioner, betydelse, innebörd och väsen samt dess betydelse i vårdvetenskaplig kontext*. Pro gradu avhandling i vårdvetenskap för kandidatexamen i hälsovård. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.

Arman, M. 2002. The Face of Suffering Among Women With Breast Cancer – Being in a Field of Forces. *Cancer Nursing*, **25** (2), 96-103.

Arman, M. 2003. The Hidden Suffering Among Breast Cancer Patients: A Qualitative Metasynthesis. *Qualitative Health Research*, **13** (4), 510-527.

Axelsen Dalsgaard, E. 1997. *Symptomet som ressurs*. Pax Forlag, Oslo.

Bakken, R. 2001. *Modermordet – om sykepleie, kjønn og kultur*. Universitetsforlaget, Oslo.

Becker, E. 1971. *The Birth and Death of Meaning*. Second edition. (A free Press Paperback Original) The Free Press, New York.

Benner, P. 1984. *From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley Publishing Company, Inc. Menlo Park, CA.

Benner, P. & Wrubel, J. 1989. *The Primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Addison-Wesley, Menlo Park, CA.

Berger, P. 1967. *The Sacred Canopy. Elements of a Sociological Theory of Religion*. Doubleday & Company, Inc., Garden City, New York.

Bergson, H. 1928. *Den skapande utvecklingen*. Wahlström & Widstrand, Stockholm.

Bernstein, R. 1995. *Rethinking responsibility*. Hastings Center Report. Supplement. **25** (7), 13, 8p.

Bjorklund, P. 2005. Can there be a 'cosmic' psychopharmacology? Prozac unplugged: the search for an ontologically distinct cosmic psychopharmacology. *Nursing Philosophy*, **6**, 131-143.

Blum, L.A. 1988. Gilligan and Kohlberg: Implications for moral Theory. *Ethics*, **98** (April), 472-491.

Cameron, M. 1997. Ethical distress in nursing. *Journal of Professional Nursing*, **5**, 280.

Caputo, J. 1993. *Against Ethics*. Bloomington, New York.

Carnevali, D.L. 1983. *Nursing Care Planning: Diagnosis and Management*. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, USA.

Christoffersen, S.Aa. 1999. *Etikk, eksistens og modernitet. Innføring i Løgstrups tenkning*. Tano Aschehoug, Oslo.

Collins, C. 1987. *English Language Dictionary*. William Collin & Co, London.

Connolly, W. 1996. Suffering, justice, and the politics of becoming. *Culture, Medicine and Psychiatry*, **20**, 251-277.

Danner, H. 1998. Existential Responsibility – The Civic Virtue. *Studies in Philosophy and Education*, **17**, 261-270. Kluwer Academic Publishers, Nederland.

Edlund, M. 2002. *Människans värdighet – ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. Doktorsavhandling. Åbo Akademis förlag, Åbo.

Erikson, H.E. 1985. *Den fullbordade livscykeln*. Natur och Kultur, Lund.

Eriksson, K. 1990. *Pro Caritate. En lägesbetämning av caritativ vård*. Vårdforskning 2. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.

Eriksson, K. 1992. *Broar. Introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.

Eriksson, K. red., Bondas-Salonen, T., Herberts, S., Matilainen, D. 1995. *Den mångdimensionella hälsan – verklighet och visioner*. Vasa sjukvårdsdistrikt SKN. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.

Eriksson, K. red. 1995. *Mot en caritativ vårdetik*. Vårdforskning 5. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.

Eriksson, K. 1999. *Det lidende menneske*. Tano, Oslo.

Eriksson, K. & Lindström, U.Å. red. 2000. *Gryning. En vårdvetenskaplig antologi*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.

Eriksson, K. 2001. *Vårdvetenskap som akademisk disciplin*. Vårdforskning 7. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.

Eriksson, K. 2002. Caring Science in a New Key. *Nursing Science Quarterly*, **15**, 61-65.

Eriksson, K. & Lindström, U.Å. 2003. *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.

Feinberg, J. 1989. *Reason & Responsibility. Readings in Some Basic Problems of Philosophy*. Wadsworth Publishing Company, Belmont, California.

Filiberti, A. & Ripamonti, C. 2002. Suicide and suicidal thoughts in cancer patients. *Tumori*, **88**, 193-199.

Firth, H., McKeown, P., McIntee, J. & Britton, P. 1987. Professional depression, 'burnout' and personality in long-stay nursing. *International Journal of Nursing Studies*, **24**, 227-237.

Fjelland, R. & Gjengedal, E. 1995. *Vitenskap på egne premisser. Vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.

Frankl, V. 1963. *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. Washington Square Press, New York.

Frankl, V. 1987. *Gud och det omedvetna*. Natur och Kultur, Lund.

Gadamer, H-G. 1989. *Truth and method*. Translation revised by J. Weinsheimer og D.G. Marshall. Sheed & Ward, London.

Gadamer, H-G. 1997. *Sanning och metod – i urval*. Urval, innledning och översättning av Arne Melberg. Daidalos, Göteborg.

Gjerdrum, Ø. 1994. "Den baktalte kropp" – Hva er sammenhengen mellom psyke og soma? Jubileumsskrift. Aker sykepleierhøgskole, Oslo.

Hall, C.S. & Nordby, V. 1976. *Jungs psykologi – en grundbog*. Hans Reitzel, København.

Hammersley, M. & Atkinson, P. 1996. *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oversatt av Tone M. Anderssen og Ane Sjøbu. Ad Notam Gyldendal, Oslo.

Hansen, N.G. 1998. *En afgrund af tillid. Guide til Løgstrups univers*. Gyldendalske Forlag, Nordisk Forlag A.S., København.

Heap, K. 1990. *Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon – minner – kriser – sorg*. Kommuneforlaget, Oslo.

Heidegger, M. 1962. *Being and time*. Blackwell. Oxford

Helin, K. 2001. *Offrandets mysterium. En hermeneutisk studie*. Pro gradu avhandling i vårdvetenskap. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.

Helin, K. & Lindström, U. 2003. Sacrifice: An ethical dimension of caring that makes suffering meaningful. *Nursing Ethics*, **10** (4), 414-427.

Hummelvoll, J.K. & Severinsson, E. 2002. Nursing staffs' perceptions of persons suffering from mania in acute psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, **38** (4), 416-424.

Husserl, E. 1916–17. *Lebenswelt-Wissenschaft-Philosophie: Naives hinleben in der Welt-Symbolisches festlegen durch urteile der Welt-Begründung*. Upublisert materiale om etikk B 1 21 III. Fra *Philosophia* **1–2**, 1992, p. 80.

Jonas, H. 1991. *Answarets princip. Utkast till en etikk för den teknologiska civilisationen*. Daidalos, Göteborg.

Johannessen, A. & Tufte, P.A. 2002. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelige metoder*. Abstrakt forlag, Oslo.

Karterud, D. 1990. *En veg å gå – om menns rekruttering til sykepleien*. Hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap. Universitetet i Oslo, Oslo.

Kvale, S. 2001 *Det kvalitative forskningsintervju*. Oversatt av T.M. Anderssen og J. Rygge. 4. opplag. Ad Notam Gyldendal, Oslo.

Landmark, B.T., Strandmark, M. & Wahl, A.K. 2001. Living With Newly Diagnosed Breast Cancer – The Meaning of Existential Issues. *Cancer Nursing*, **24** (34), 220-226.

Larsson, S. 1993. Om kvalitet i kvalitative studier. *Forum Nordisk Pedagogik*, **4**, 194-211.

Levinas, E. 2000. *God, Death and Time*. Stanford University Press, Chicago.

Lindholm, L. 1997. Lidande och kärlek ur ett psykiatrisktt vårdperspektiv. En casestudie av mötet mellan mänskligt lidande och kärlek. I: Hummelvoll, J.K. & Lindström, U.Å. red. *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Studentlitteratur, Lund, 206-223.

Lindholm, L. 1998. *Den unga människans hälsa och lidande*. Doktorsavhandling. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.

Lindholm, L. 2003. Klinisk applikationsforskning – en forskningsapproach för vårdvetenskapens tillägnande. I: Eriksson, K. & Lindstöm, U.Å. 2003. *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.

Lindström, U.Å. 2006. Gemenskap som uttryck för vårdvetenskaplig ordning. I: Nåden, D., Fredriksson, L., Gjengedal, E. & Rydahl Hansen, S. red. 2006. *Nordic College of Caring Science – 25 år, jubileumsskrift*. NCCS Helsingfors, 63-70.

Lindwall, L. 2004. *Kroppen som bärare av hälsa och lidande*. Doktorsavhandling. Åbo Akademis förlag, Åbo.

Løgstrup, K.E. 1983. *System og symbol. Essays*. Gyldendal, Viborg.

Løgstrup, K.E. 1990. *Etiske begreper og problemer*. Gyldendal, København.

Løgstrup, K.E. 1993. *Norm og spontanitet. Etik og politik mellem teknokrati og dilettantokrati*. Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A.S, Copenhagen.

Løgstrup, K.E. 1999. *Den etiske fordring*. J.W. Cappelens Forlag AS, Oslo.

Macquarrie, J. 1967. Will and Existence. In: Lapsley, J.N. red. *The Concept of Willing*. Abingdon Press, New York.

Malterud, K. 1996. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Tano Aschehoug, Oslo.

Malterud, K. 2001. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, **358** (11), 483-488.

Malterud, K. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 2. utgave. Universitetsforlaget, Oslo.

Mak, Y.Y.W. 2005. Voices of the terminally ill: uncovering the meaning of desire for euthanasia. *Palliative Medicine*, **19**, 343-350.

Martinsen, K. 1989. *Omsorg, pleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. Tano, Oslo.

Martinsen, K. 1993. *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Tano, Oslo.

Maslow, A.H. 1954. *Motivation and personality*. Harper & Row, New York.

Maslach, C. 1982. *Burnout-the Costs of Caring*. Prentice Hall, New York.

May, R. 1983. *Kjærlighet og vilje*. Aventura, Oslo.

May, R. 1988. *Modet att skapa*. Bonnier Fakta Bokförlag, Stockholm.

May, R. 1995. *Frihet och öde*. Natur och Kultur, Stockholm.

McCormack, P. 1998. Quality of life and the right to die: an ethical dilemma. *Journal of Advanced Nursing*, **28** (1), 63-69.

Monsen, N.K. 1987. *Det elskende menneske – person og etikk*. J.W. Cappelens Forlag, Oslo.

Moody-Adams, M.M. 1994. Culture, Responsibility, and Affected Ignorance. *Ethics*. January; 291-309.

Morita, T. 2004. Palliative Sedation to Relieve Psycho-Existential Suffering of Terminally Ill Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, **28** (5), 445-450.

Nerheim, H. 1991. *Den etiske grunnerfaring. Fra regelforståelse til fortrolighetskunnskap*. Universitetsforlaget, Oslo.

Nilsson, B. 2004. *Savnets tone i ensomhetens melodi. Ensomhet hos aleneboende personer med alvorlig psykisk lidelse*. Doktorsavhandling. Åbo Akademis förlag, Åbo.

Nortvedt, P. 1996. *Sensitive judgement. Nursing, moral philosophy and an ethics of care*. Tano Aschehoug, Oslo.

Nortvedt, P. 1997. Vi skaper ikke verdiene, men holder dem oppe. Et bidrag til sykepleiens verditeori. *Vård i Norden*, **17** (3), 10-13.

Nortvedt, P. 1998. *Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk*. Tano Aschehoug, Oslo.

Nortvedt, P. & Grimen, H. 2004. *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

Nyeng, F. 2003. *Eksistensens filosofi. Om frihet, angst og mening i eget liv*. Abstrakt forlag, Oslo.

Nåden, D. 1998. *Når sykepleie er kunstutøvelse. En undersøkelse av noen nødvendige forutsetninger for sykepleie som kunst*. Doktorsavhandling. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.

Oterholt, F. & Karterud, D. 1996. *Rapport 2 – Begrepsanalyse av begrepene ansvar og mot*. Kristiansand sykepleierhøgskole, Kristiansand.

Pines, A. & Aronson, E. 1981. *Burnout from Tedium to Personal Growth*. The Free Press, New York.

Pines, A. & Kanner, A.D. 1982. Nurses' burnout: lack of positive conditions and presence of negative conditions as two independent sources of stress. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, **8**, 30-35.

Post, S.G. 1991. Selective Abortion and Gene Therapy: Reflections on Human Limits. *Human Gene Therapy*, **2**, 229-233.

Rehnsfeldt, A. 1999. *Mötet med patienten I ett livsavgörande skeende*. Doktorsavhandling. Åbo Akademis förlag, Åbo.

Rehnsfeldt, A. & Eriksson, K. 2004. The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scandinavian Journal of Caring Science*, **18**, 264-272.

Ricoeur, P. 1986. *The Rule of Metaphor. Multi-disciplinary studies of the creation of meaning in language*. Routledge & Kegan Paul, London.

Rogers, C.R. 1969. *Freedom to learn*. Charles E. Merrill Publishing Company, A Bell & Howell Company, Columbus, Ohio.

Rousseau, P. 2001. Existential suffering and palliative sedation: A brief commentary with a proposal for clinical guidelines (editorial). *American Journal of Hospice & Palliative Care*, **18** (3).

Ruyter, K.W. & Vetlesen, A.J. 2001. *Omsorgens tvetydighet – egenart, historie og praksis*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

Severinsson, E. 2003. Moral stress and burnout: Qualitative content analysis. *Nursing and Health Sciences*, **5**, 59-66.

Slettebø, Å. 2002. *Strebing mot pasientens beste. En empirisk studie om etisk vanskelige situasjoner i sykepleiepraksis ved tre norske sykehjem*. Doktoravhandling. Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, Oslo.

Starr, B.E. 1999. The structure of Max Weber's Ethic of responsibility. *Journal of Religious Ethics*, **27**, 407-434.

Sundin-Huard, D. Fahy, K. 1999. Moral distress, advocacy and burnout: Theorising the relationships. *International Journal of Nursing Practice*, 8-13.

Sæteren, B. 2006. *Kampen for livet i vemodets slør. Å leve i spenningsfeltet mellom livets mulighet og dødens nødvendighet*. Doktorsavhandling. Åbo Akademis förlag, Åbo.

Sætersdal, B. & Heggen, K. 2002. *I den beste hensikt? "Ondskap" i behandlingssamfunnet*. Akribe, Oslo.

Söderlund, M. 1998. *En mänsklig atmosfär: trygghet, samhörighet och gemenskap: god vård ur ett patientperspektiv*. Doktorsavhandling. Uppsala University Library, Uppsala.

Taule, R. 1993. *Escolas ordbok*. Escola Forlag, Oslo.

Thagaard, T 1998. *Systematikk og innlevelse*. Fagbokforlaget, Bergen-Sandviken.

Thielst, P. 1995. *Historien om Søren Kierkegaard*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

Tillich, P. 1963. *Morality and beyond*. The Cloister Library Harper & Row, New York.

Tillich, P. 1977. *Modet att vara till*. Inledande studier av Benkt-Erik Benktson och Hans Åkerberg. Studentlitteratur, Lund.

Travelbee, J. 1971. *Interpersonal aspects of Nursing*. 2. ed. Davis Company, Philadelphia.

Utriainen, T. 2004. Naked and dressed: methaphorical perspective to the imaginary and ethical background of the deathbed scene. *Mortality*, **9** (2), 132-149.

Van Hooft, S. 1999. *Acting from the Virtue of Caring in Nursing*. *Nursing Ethics*, **6** (3), 189-201.

Von Post, I. 1999 *Professionell naturlig vård – ur anesthesi- och operationssyisköterskors perspektiv*. Doktorsavhandling. Åbo Akademis förlag, Åbo.

Yalom, I.D. 1997. *Kjærlighetens bøddel og andre fortellinger fra psykoterapien*. Oversatt av Kjell Olaf Jensen. Pax, Oslo.

Wallinvirta, E. 2001. *Answarets ansikte och vårdetikens landskap*. Pro gradu avhandling i vårdvetenskap. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.

Webster. 1989. *Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language* Gramercy Books. New York/Avenel, New Jersey.

Weckowicz, T.E. 1988. Kazimierz Dabrowski's Theory of Positive Disintegration and the American Humanistic Psychology. *Counseling and Values*, January, 124-134.

Wein, S. 2000. Sedation in the Imminently Dying Patient. *Oncology*, **14**, (4), 585-592.

Aadland, E. 1997. *"Og eg ser på deg –": vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Tana Aschehoug, Oslo.

Aadland, E. 1998. *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Samlaget, Oslo.

Ödman, P-J. 1979. *Tolkning, förståelse, vetande: hermeneutikk i teori och praktik*. Almqvist & Wiksell, Stockholm.

Observasjonsguide

(NB: Det er de uthevede spørsmålene som representerer observasjonsguiden. Disse fokuserer temaer ("emneintroduserende spørsmål", jf. Kvale, 2001). Underspørsmålene er eksempler på aktuelle deltemaer som kan dukke opp og som er relevante for emnet. Det viktigste her er at det gir forskeren eksempler på/ tanker om mulige aktualiseringer av hovedområdene, i møtet med det som skjer, sies i praksis ...)

– *Hvordan vises ansvar?*

(eks.:)

-> Hvordan beskrives/forstås det sykepleiefaglige ansvaret?

-> Hva er eksempler på ansvarlige handlinger?

-> På hvilke måter forklares sammenhengen mellom ansvaret slik det beskrives og slik det praktiseres?

– *Hvordan utvises mot?*

(eks.:)

-> Hva skjer i møtet med alvorlige syke mennesker?

-> Når og på hvilke måter mobiliseres motet i møte med pasientens lidelse?

– Hvordan erfares dødens realitet i møte med kritisk syke mennesker?

– Hva tenker du på når du forbereder deg til å gå inn til en svært syk pasient (som du gruer/gleder deg til å møte)?

– Hva gjør det lett/vanskelig å gå inn til pasienten?

– Hva utfordrer/gleder i pasientsituasjonen (/i møtet med pasienten)?

-> Hvilke forhold utfordrer med tanke på å arbeide for endringer i klinisk praksis?

(På hvilke måter ivaretas de etiske fordringene på et individuelt plan, men også de "fordringene" som impliserer strukturelle/organisatoriske forhold?)

-> Hvilke forhold må være til stede for å få til endringer i klinisk sykepleiepraksis?

- Hvilke forhold må være til stede for om sykepleiere vil engasjere deg i et endringsarbeid?

– *Hvordan kommer offer til uttrykk?*

(eks.):

-> Når/ på hvilke måter prioriteres pasienten og ikke sykepleiernes egne forventninger i situasjonen?

- Hvilke hensyn har forrang?

– *Hvordan kommer pasientenes fordringer til uttrykk?*

(eks.):

-> På hvilke måter er man ”god” (nestekjærlig) mot pasienten i situasjonen?

-> På hvilke måter har man muligheter til å gjøre det situasjonen fordrer

(i relasjon til egne faglige forutsetninger og/eller forutsetninger som ligger i situasjonen (konteksten))?

– *Hvilke sammenhenger ses mellom verdiene (ansvar, mot, offer) og pasientens fordringer; på hvilke måter forutsetter de hverandre/ forutsetter de hverandre ikke?*

Temaguide for hermeneutisk samtale

– Hva er å være ansvarlig i sykepleien?

- > Hva forutsetter det å være ansvarlig?
- > Hva kjennetegner det å være ansvarlig?
- > Hvilke konsekvenser får det at du utviser ansvar?

– Hva er å være modig (når er du modig) i din praksis som sykepleier?

- > Hvilke forutsetninger må være til stede for at du klarer å vise mot/være modig?
- > Hva skjer når en er modig?
- > Hvilke følger får motet for sykepleieutøvelsen/sykepleien?

– Hva må du ofre for å kunne utøve den beste sykepleie i ulike situasjoner?

- > Hvilke forutsetninger er til stede som aktualiserer et offer?
(alt.: Når må du prioritere pasienten fremfor å ta hensyn til deg selv?)
- > Hva skjer når du ”ofrer”?
(alt.: Kan du gi eksempler på når du prioriterer pasienten fremfor å ta hensyn til deg selv?)
- > Hvilke konsekvenser medfører et offer for sykepleien (sykepleiepraksis/ det du gjør for pasienten)?
(alt.: Hvilke konsekvenser fikk det å prioritere pasienten i situasjonen?)

– Hvordan kommer pasientenes fordringer til uttrykk?

- > Hvilke behov og begjær pasienten har er relevant for sykepleien?
- > Hvordan kommer fordringene til uttrykk?
- > Hva ser du hos pasienten, som du ønsker å ta hensyn til? (Hvordan ser du det du ser?)
- > Hvilken appell har det pasienten formidler, til deg? (Hva ”gjør det med deg”?)

-> Hvordan forholder du deg til det pasienten formidler?

– Hvilke ”tegn” responderer du på/ svarer du ikke på?

– På hvilke måter responderer du/ svarer du på de behov og begjær han formidler?

– Hvilke forhold (indre og ytre) har betydning, og på hvilke måter har de betydning, for å kunne utføre sykepleie på den måten du mener er den best mulige sykepleie?

-> Hva er den best mulige sykepleie, slik du ser det?

-> Hvilke indre forhold vil du legge vekt på som fremmer den best mulige sykepleie?

-> Hvilke ytre forhold vil du fremheve er av betydning for deg i det å gi den best mulig sykepleie for pasientene?

INFORMASJON OM PROSJEKTET: "HVORDAN FORSTÅ ANSVAR, MOT OG OFFER
SOM ELEMENTER I EN CARITATIV SYKEPLEIEETIKK?"

Kjære pasient!

I forbindelse med undersøkelsen jeg skal gjøre her på posten, ville jeg ønske å følge mine informanter (= sykepleierne på posten) i ulike situasjoner. Det kan bli på pasientrommet eller andre steder du oppholder deg mens du er pasient på sykehuset.

Hensikten med undersøkelsen er å prøve å forstå hva som påvirker og er av betydning for sykepleiernes arbeid, for å kunne utføre god sykepleie. Det kan være forhold som kommer fram i møte med enkeltpasienter, eller som kommer fram i arbeidet på avdelingen/sykehuset for øvrig. Jeg vil særlig fokusere på forhold som har betydning for å kunne utvise ansvar og mot, og andre viktige verdier sykepleiere tar hensyn til i utøvelsen av yrket sitt.

Dersom du sier ja til at jeg kan få være observatør/ delta sammen med sykepleier i hennes gjøremål sammen med deg i situasjoner det er OK jeg er til stede på, ville jeg være takknemlig for det. Det betyr ikke at jeg skal ha noe selvstendig sykepleieansvar, men kun være til stede for å se og lære. Det betyr også at jeg vil kunne få informasjon om din situasjon og behandling mens du er pasient på posten.

Jeg har taushetsplikt og alle opplysninger blir behandlet konfidensielt. Det betyr at navn blir anonymisert og kan ikke identifiseres verken på person eller medisinske data i avhandlingen jeg planlegger skrive.

Dette er en forespørsel om du vil tillate meg som forsker å være med sykepleier i den behandling o.a. som skjer under oppholdet på posten. Om du ønsker å trekke deg etter først å ha sagt ja, trenger du ikke oppgi noen grunn for det. Det vil heller ikke ha noen betydning for forholdet til sykehuset om du ønsker å delta eller trekke deg.

Hele observasjonsperioden for studien vil vare fram til påske 2003.

På forhånd takk og med vennlig hilsen

Dag Karterud

Stipendiat

Vedlegg...: FORMULAR FOR (SKRIFTLIG) TILLATELSE:

Jeg samtykker med dette å tillate Dag Karterud å delta sammen med sykepleierne på posten i det daglige arbeidet som har med meg å gjøre, så sant jeg ikke i enkelte situasjoner skulle ønske noe annet, i forbindelse med prosjektet ”hvordan forstå ansvar, mot og offer som elementer i en caritativ sykepleietikk”. Jeg er gjort kjent med hva prosjektet går ut på, at personlige opplysninger blir anonymisert og at jeg kan trekke tilbake denne tillatelsen når jeg måtte ønske det.

.....

(Dato)

.....

(Navn)

INFORMASJON OM PROSJEKTET:

”HVORDAN FORSTÅ ANSVAR, MOT OG OFFER SOM ELEMENTER I EN CARITATIV SYKEPLEIEETIKK?”

Kjære sykepleier!

Dette er en forespørsel om å delta i en undersøkelse om erfaringer dere gjør i arbeidet som sykepleiere, i forhold til pasientene, men også i relasjon til andre forhold som påvirker arbeidet dere gjør som sykepleiere. Jeg er særlig opptatt av hva det å være ansvarlig, være modig, ”stille opp for pasientene”, betyr eller innebærer, og hvilke erfaringer dere gjør, slik dere beskriver dem og slik jeg kan observere dem. Slik antar jeg at det er mulig å forstå forutsetninger for hvordan verdier kommer til uttrykk på ulike måter i praksis, hvordan de ”ser ut” og hvilke konsekvenser en verdibasert praksis får. (Eks.:) Hvilken betydning fikk det å være modig i en gitt situasjon? Hva skjedde? Hvordan kom motet til uttrykk?

Undersøkelsen inngår som en del av mitt doktorgradsarbeid. Jeg er forskerstudent ved Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap i Finland og har professor Unni Lindström som veileder. Jeg er stipendiat ved Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning.

Dersom du sier ja til å delta på denne undersøkelsen, betyr det at jeg vil være sammen med deg (og andre) i ulike situasjoner du er i gjennom en arbeidsdag på posten. I tillegg vil det bli individuelle samtaler og gruppesamtaler (fokusgruppeintervju) med utgangspunkt i erfaringer dere gjør på posten og i en intervjuguide jeg har utarbeidet. Samtalene blir tapet.

Jeg har taushetsplikt, og alle opplysninger blir behandling konfidensielt. Ditt navn blir anonymisert og kan ikke identifiseres i avhandlingen.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, og du kan når som helst trekke deg uten at du trenger oppgi noen grunn for det.

Med vennlig hilsen

Dag Karterud

Stipendiat

Vedlegg...: FORMULAR FOR SKRIFTLIG SAMTYKKE

Jeg samtykker med dette å delta i prosjektet ”hvordan forstå ansvar, mot og offer som elementer i en caritativ sykepleieetikk”. Jeg er kjent med at deltakelse i prosjektet er frivillig og med hva prosjektet går ut på, at mitt navn blir anonymisert og at jeg kan trekke meg fra prosjektet når som helst uten å oppgi noen grunn.

.....

(Dato)

.....

(Navn)

Regional komite for medisinsk forskningsetikk Sør-Norge (REK Sør)

Høgskolelektor
Dag Karterud
Høgskolen i Oslo
Falbesgt 5
0167 Oslo

Deres ref.: 26.09.02

Vår ref.: S-02232

Dato: 13.11.02

"Hvordan forstå ansvar, mot og offer som element i caritativ sykepleietikk?"

Prosjektleder: Høgskolelektor Dag Karterud, Høgskolen i Oslo

Komiteen behandlet prosjektet i sitt møte torsdag 31. oktober 2002 og gjorde slikt vedtak:

"Det bør opplyses i pasientinformasjonen omtrent over hvor lang tid observasjonen vil foregå.

Første setning i nest siste avsnitt i pasientinformasjonen "Det er frivillig og bare en forespørsel -----" er uforståelig og dette må rettes opp. Det bør også føyes til at det ikke vil ha noen betydning for forholdet til sykehuset om man ikke ønsker å delta eller trekker seg.


På side 8 i prosjektbeskrivelsen står det at pasienter skal intervjues. Det må opplyses om dette i pasientinformasjonen. Dersom det skal benyttes lydbånd, må det opplyses om det, og det må angis en dato når lydbåndene vil være slettet.

For øvrig har komiteen ingen innvendinger mot at prosjektet gjennomføres."

Vi ønsker lykke til med prosjektet.

Med vennlig hilsen

Sigurd Nitter-Hauge (sign)
Professor dr.med.
Leder


Ola P. Hole
Avdelingsleder
Sekretær

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Hans Holmboesgt. 22
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47/ 55 58 21 17
Fax: +47/ 55 58 96 50
E-mail: nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no

Dag Karterud
Avdeling for sykepleierutdanning
Høgskolen i Oslo
Pilestredet 52
0167 OSLO

Vår dato: 07.10.2002

Vår ref: 200200798 LT / RH

Deres dato:

Deres ref:

FORSKNINGSPROSJEKT SOM OMFATTES AV MELDEPLIKT

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.10.2002. Meldingen gjelder prosjektet:

9429 *Hvordan forstå ansvar, mot og offer som elementer i en caritativ sykepleietikk*

Etter gjennomgang av meldeskjema og dokumentasjon, finner Datafaglig sekretariat at behandlingen av personopplysningene vil være meldepliktig i henhold til personopplysningsloven (POL) § 31. Det er grunn til å understreke at de alminnelige regler for behandling av personopplysninger fremdeles vil gjelde, jf. POL kapittel II, III og IV.

Vår vurdering er basert på følgende opplysninger fra prosjektleder:

Formålet med prosjektet er å utvikle en modell om grunnleggende verdistrukturer som styrer valg og prioriteringer i etiske konfliktsituasjoner i sykepleiernes yrkespraksis.

Utvalget omfatter 6-10 sykepleiere. Avdelingssykepleier oppretter førstegangskontakten.

Opplysningene samles inn gjennom observasjon og intervju. Det samles inn og registreres opplysninger om bl.a.; kjønn, verdier i forhold til ansvar, mot og offer sett i forhold til en yrkesetisk kontekst. Behandlingen av opplysninger vil være indirekte identifiserbar. Innsamlete opplysninger registreres på pc i nettverk, pc tilknyttet Internett, analogt lyd/bildeopptak og manuelt.

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke for deltakelse. Datafaglig sekretariat finner informasjonsskrivet tilfredsstillende.

Prosjektsslutt er angitt til 15.04.2003. Innsamlete opplysninger vil bli anonymisert ved prosjektsslutt.

Dersom undersøkelsesopplegget endres i forhold til de punktene som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet vurderes på nytt av Datafaglig sekretariat.

Datafaglig sekretariat har meldt prosjektet til Datatilsynet. Vedlagt følger kvittering fra Datatilsynet.


Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, N-0316 Oslo. Tel: +47/ 22 85 52 11. E-mail: nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, N-7491 Trondheim. Tel: +47/ 73 59 19 07. E-mail: kyrr.svana@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø. Tel: +47/ 77 64 43 36. E-mail: nsdmas@svt.uit.no

Det gjøres forøvrig oppmerksom på at det skal gis ny melding tre år etter at forrige melding ble gitt, dersom prosjektet fortsatt pågår, jf. § 31 tredje ledd.

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55583377

Vennlig hilsen
Datafaglig sekretariat


Atle Alvheim


Lis Tenold

Vedlegg: Utdrag fra POL §§ 31 og 33 og forskriftenes kapittel II §§ 7-20 og 7-25
Kvittring fra Datatilsynet

Til
Høgskolelektor/stipendiat Dag Karterud
Avdeling for sykepleierutdanning
Høgskolen i Oslo
Pilestredet 52
0167 Oslo

Ad. Gjennomføring av undersøkelse ved

Viser til ditt brev datert 28.6.02 med forespørsel om å gjennomføre en studie ved i forbindelse med ditt doktorgradsarbeid.

Vi har arbeidet mye med etikk og etisk tenkning innenfor Fagområde sykepleie, og din studie med tittel "Hvordan forstå ansvar, mot og offer som elementer av en caritativ sykepleietikk" er således interessant og spennende for oss.

Vi ønsker deg derfor velkommen til og sengepost og behandler pasienter med øre, nese og hals kreft, hudkreft og hjernetumorer.

Din kontaktperson ved vil hovedsakelig bli avdelingssykepleier Kristin G. Haugen. Fint om du tar kontakt med henne for videre informasjon og praktisk tilrettelegging. Hun nås på telefon 22935801.

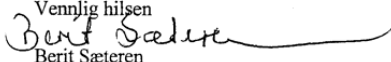
For å gjennomføre studier ved som inkluderer pasientkontakt må studien godkjennes av Protokollutvalget ved sykehuset. Når din studie er godkjent av Den regionale forskningsetiske komitee kan du få videre informasjon av undertegnede om dette.

Vi ønsker deg lykke til med studien din og imøteser resultatene med stor interesse.

Velkommen til F.

13.9.02

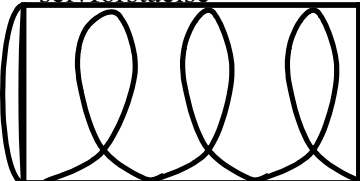
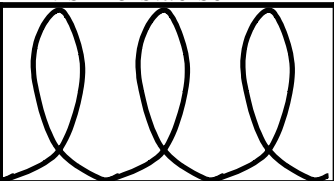
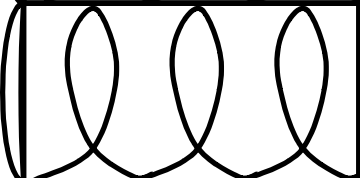
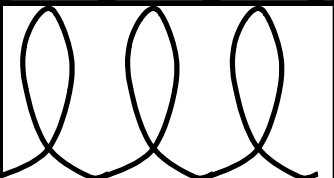
Vennlig hilsen



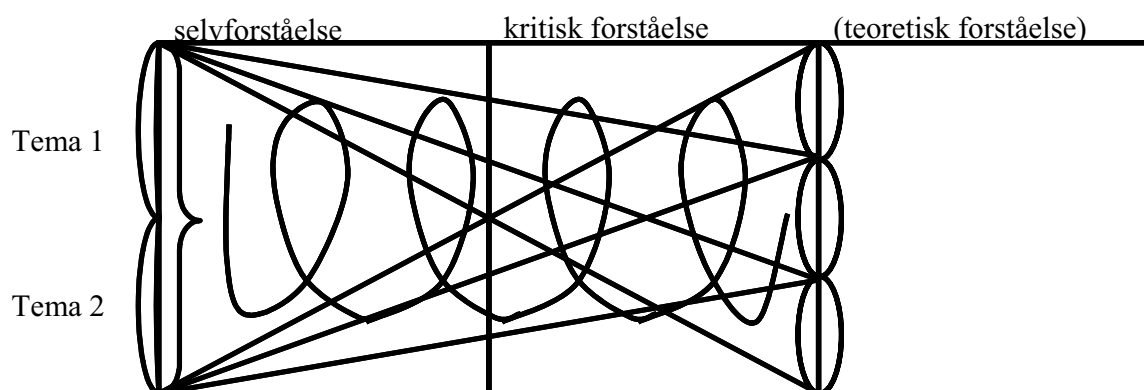
Berit Sæteren
Forskning og -fagutviklingssykepleier
Fagområde sykepleie

Kopi:
Sjefsykepleier Mette R. Dønåsen
Oversykepleier Anne-Mette Ekren
Avdelingssykepleier Kristin Haugen











Hermeneutisk observasjon – steg 1

	selvforståelse	kritisk forståelse	teoretisk forståelse
Tema 1			
Tema 2			

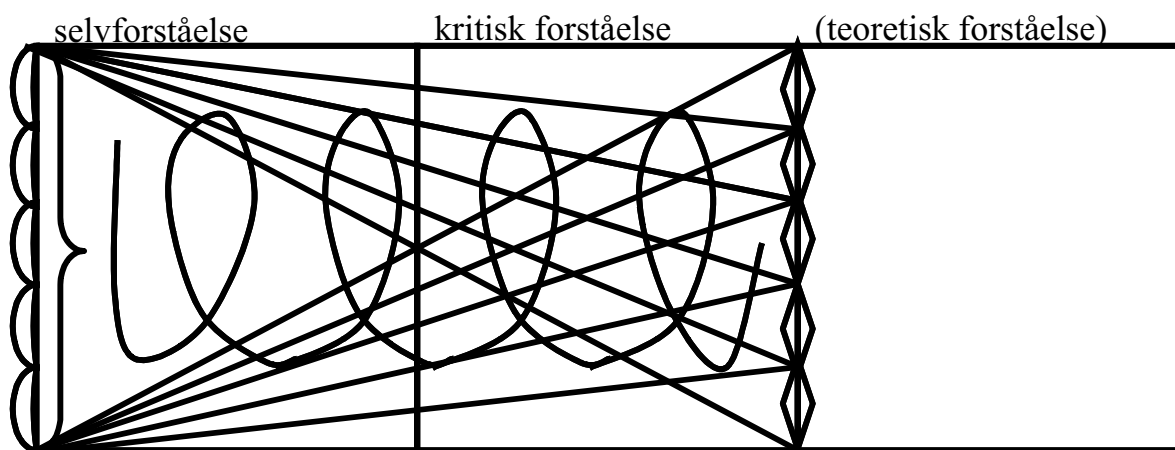
Hermeneutisk observasjon – steg 2



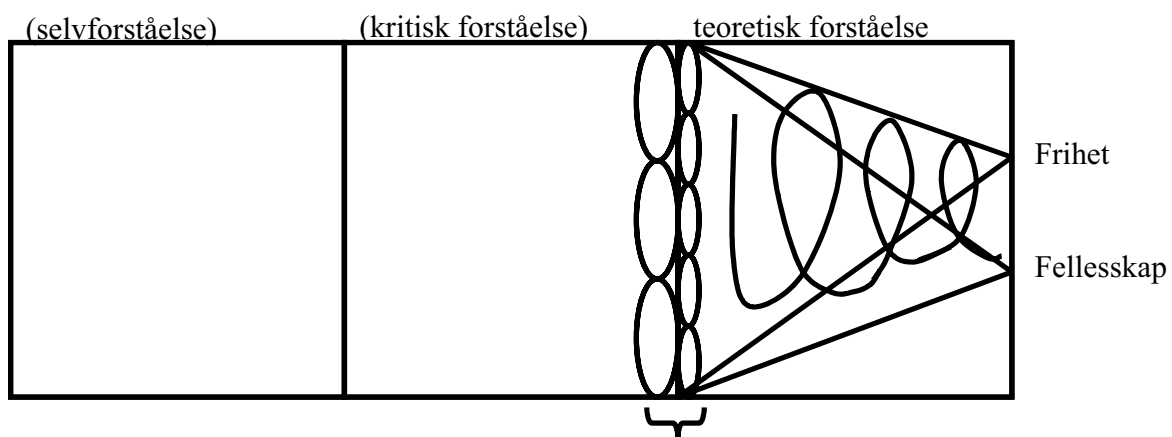
Hermeneutisk samtale – steg 1

selvforståelse			kritisk forståelse			(teoretisk forståelse)
						
						
						
						
						

Hermeneutisk samtale – steg 1



Hermeneutisk observasjon og samtale – steg 3



Ved et menneskes rett følger en annen forpliktelse, sies det. Forpliktelsen for den andre blir særlig utfordret i møte med pasientens eksistensielle lidelse.

Avhandlingen omhandler etikkens betydning i relasjon til pasientens fordringer om å bli tatt hånd om i møte med eksistensielle spørsmål når disse blir viktige for pasienten. På hvilke måter legitimeres en eksistensiell omsorg for pasienten som forplikter hjelperen?

I omsorgssituasjoner kan mennesket ikke lenger fremstå skjermet og med forbehold, fordi det blir avhengig av andres hjelp. I slike situasjoner er vi som mest sårbare. Her finnes også omsorgens optimale utfordringer, blant annet fordi pasientens eksistensielle spørsmål kan vekke hjelperens egen angst. Hva er av betydning for å kunne lindre andres lidelse i møte med livets ytterste grenser?

Forhold i hjelperens person og omsorgens kontekst diskuteres med tanke på å lindre pasientens lidelse i møte med eksistensielle spørsmål. Dette vil samtidig være forhold av etisk relevans for å kunne fremme den caritative etikken i møte med pasienten eksistensielle fordringer.

Åbo Akademis förlag
ISBN 951-765-338-7

